

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N° 977

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Dominique, Claudine ÇAKMUR-MEYER

*Interne du Centre Hospitalier Louis-Pasteur
à Colmar (Haut-Rhin)*

Née le 12 Décembre 1937, à MULHOUSE (Haut-Rhin)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA JURISPRUDENCE FRANÇAISE VIS A VIS
DE L'ANESTHESIOLOGISTE

Président : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1964



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1964

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Dominique Claudine GAKMUR-MEYER

Interne du Centre hospitalier Louis Pasteur à
Colmar (Haut-Rhin)

Née le 12 décembre 1937 à MULHOUSE
(Haut-Rhin)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
LA JURISPRUDENCE FRANÇAISE VIS A VIS
DE L'ANESTHESIOLOGISTE

-:-

Président : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1964



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L),
BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E),
CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLLIARD (H),
GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN
(E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G),
LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P),
MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M),
OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-
DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET
(C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR M. BARGETON (D)

2e ASSESSEUR M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	{ BUGNARD (L)
	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANI-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	{ LAROCHE (Cl)
	{ BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
	{ PARROT (J)
Physiologie	{ BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	{ KELLERSHOHN (L)
	{ GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale.....	REDON (H)	
Clinique cardiologique	SOULIE (P)	
Cliniques chi- rurgicales	{ Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	{ Cochin	LEGER (L)
	{ Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	{ Pitié	CORDIER (G)
	{ Saint-Antoine	GOSSET (J)
	{ Salpêtrière	SICARD (A)
	{ Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.	FÈVRE (M)	
Clin. chir. orth. et traumatol.	MERLE d'AUBIGNE (R)	
Clin. de chir. cardio-vasculaire	DUBOST (Ch.)	
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire	MATHEY (J)	
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)	
Clinique de Génétique Médicale	LAMY (M)	
Clinique gynécologique	HUGUIER (J)	

	MM.	
Clin. des mal. cut. et syphil.	DEGOS (R)	
Clin. des mal. des enfants	TURPIN (R)	
Clin. des maladies infectieuses	MOLLARET (P)	
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.	DELAY (J)	
Clin. des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)	
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)	
Clin. des mal. du système nerveux	CASTAIGNE (P)	
	{ Broussais	LENEGRE (J)
	{ Broussais	MILLIEZ (P)
Cliniques	{ Sainte-Anne	BOUDIN (G)
médicales	{ Cochin	BROUET (G)
	{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	{ Lariboisière	SEZE (S. de)
	{ Pitié	DREYFUS (G)
	{ Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie	DEBRAY (Ch)	
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale	MARIE (J)	
Clinique médicale propédeutique	JUSTIN-BESANÇON (L)	
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)	
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID (M)	
Clinique neurologique	GARCIN (R)	
Cliniques	{ Baudelocque	LACOMME (M)
obstétricales	{ Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique	VARANGOT (J)	
Clinique ophtal-	{ Hôtel-Dieu	RENARD (G)
mologique	{ Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)	
Clin. de péd. et de puériculture	N...	
Clinique de pneumo-physiologie	BERNARD (E)	
Clin. de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)	
Clin. de rhumat. méd. et soc.	COSTE (F)	
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)	
Clinique thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)	
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)	
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)	
Clinique urologique	ABOULKER (P)	
Clinique traumatologique	PADOVANI (F)	
Séméiologie médicale	DOMART (A)	
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)	
Séméiologie traumatique et orth.	JUDET (R)	
Clinique urologique	COUVELAIRE (R)	
Hygiène et clin. de la 1ère enfance	N...	

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

Médecine

Oto-Rhino-Laryngologie

Pneumo-Phtisiologie

Rhumatologie

MM.

(AZERAD (E)
(BOUR (H)
(LAMBLING (A)
(LHERMITTE (F)
(PEQUIGNOT (H)
(PERRAULT (M)
(SIGUIER (F)
(WORMS (R)

MADURO (R)

KREIS (B)

DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie

Anatomie pathologique

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

(CABROL (C)
(COUINAUD (C)
(GILLOT (C)
(HUREAU (J)

GAUTHIER-VILLARS

(Melle P)pr. s. ch.

ABELANET (R)

CHOMETTE (G)

GOUYGOU (Ch.)

pr. s. ch.

NEZELOFF (Ch.)

ORCEL (L)

PAILLAS (J)

(N. du BOUCHET(Mme)

KERN (E)

VOURC'H (G)

BARBIER (P)

CHRISTOL (D)

DAGUET (G)

Le MINOR (L)

TOURNIER (P)

(BAULIEU (Et)m. conf.

BOURILLON (R)

CARTIER (P)

pr. s. ch.

CORNILLOT (P)

DREYFUS (J. Cl.)

GONNARD (P)

JEROME (H)

KRUH (J)

LEGRAND (J. Cl.)

(NORDMANN (J)

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	MM. { PLAS (F)
Biologie médicale	{ BENHAMOU (J.-P.) { BOIVIN(P) { HARTMANN (L)
Carcinologie	{ BOIRON (M) { DENOIX (P) { MATHE (G) { SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	{ CIVATTE (J) { DUPERRAT (B) { HEWITT (J) { TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	{ HEITZ (F) { M. Conf. { LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	{ BESSIS (M) { BILSKI-PASQUIER(G) { DAUSSET (J) { DUHAMEL (G)
	{ COUJARD (R) { Pr. s. ch. { DA LAGE
Histologie	{ MAROIS (M) { RACADOT (J) { SCHRAMM (B)
Hydrologie	{ BESANÇON (F) { CORNET (A)
	{ BLANCHER (G) { CORRE-HURST(Mme L) { ROUSSEL (A)
Hygiène	{ SAPIN-JALOUSTRE(H)
	{ DUPONT (V) { LISSAC (J) { RAPIN (M)
Maladies infectieuses	{ ANTOINE (B) { CROSNIER (J) { RICHT (G)
Maladies métaboliques	{ SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	(BOURGUIGNON (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
	(HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
	(CAMBIER (J)
	(CATHALA (H)
	(ESCOUROLLE (R)
	(GAUTIER (J.-Cl.)
Neuro-Psychiatrie	LAPRESLE (J)
	(LEREBoullet (J)
	(PICHOT (P)
	(TARDIEU (G)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
	(LEVY (J)
	(LEWIN (D)
Obstétrique	MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(TCHOBRoutsky (Mme C)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(AUVERT (Mme B)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	DUBOIS (A)
	(FONTAINE (Mme M)
	(SARAUX (H)
	(DUPARC (J)
	(MAURER (P)
Orthopédie	MEARY (R)
	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
	(DEBAIN (J)
Oto-rhino-laryngologie	PIALOUX (P)
	(SERGENT (H)
	(GOLVAN (Y)
Parasitologie	HO THI SANG (Mlle)
	(LAPIERRE (J)

Pathologie chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

MM.

(BARCAT (J)
(BINET (J.-P.)
(BLONDEAU (Ph)
(CERBONNET (G)
(CHATELIN (C.-L.)
(DAUTRY (P)
(DEMIRLEAU
(DUBOST (Cl)
(FAUREL (J)
(FLABEAU (F)
(GALEY (J.-J.)
(GARBAY (M)
(GARNIER (H)
(GAUDART-D'ALLAINES
(GERMAIN (A)
(LATASTE (J)
(LOYGUE (J)
(MAILLARD (J.-N.)
(MERCADIER (M)
(NATALI (J)
(PELLERIN (D)
(PERROTIN (J)
(PREMONT (M)
(ROBERT (H)
(THOMERET (G)
(VAYSSE (J)
(SCHNEIDER (J)
(BERTHAUX (P)
(COTTENOT (Fr)
(LOEPER (J)
(Pr. s. ch.
(MAURICE (J)
(MIKOL (Cl)
(PAUPE (J.-R.)

(ACAR (J)
(AUQUIER (L)
(AUSSANNAIRE (M)
(BEAUMONT (J.-L.)
(BERNIER (J.-J.)
(BOUVIER (J.)
(BOUVRAIN (Y.)
(BRISSAUD (H.)
(BROCARD (H)
(BUGE (A)
(CANIVET (J)
(CARLOTTI (J)
(CATINAT (J)

Pathologie médicale

(CHRETIEN (J)
 (CLOAREC (M)
 (COBLENTZ (B)
 (CONTAMIN (F)
 (COURY (C)
 (DEBRAY (J)
 (ETIENNE (J.-P.)
 (FREZAL (J)
 (FRITEL (D)
 (FUNCK-BRENTANO (J-L)
 (GRIVAUX (M)
 (HAZARD (J)
 (HENNEQUET (A)
 (HIMBERT (J)
 (HOUSSET (E)
 (LAGRUE (G)
 (LESOBRE (R)
 (LEVEQUE (B)
 (MACREZ (C)
 (MOREAU (L)
 (NENNA (A)
 (NICK (J)
 (POULET (J)
 (ROYER (P)
 (TCHERDAKOFF (Ph)
 (THIBAUT (Ph)
 (TOURNEUR (R)
 (VILLIAUMEY (J)
 (WOLFROMM (R)

Pédiatrie-Puériculture

(ALAGILLE (D)
 (ALISON (J)
 (CANLORBE (P)
 (GORIN (R)
 (LAFOURCADE (J)
 (LEPERCQ (G)
 (LESTRADET (H)
 (MALLET (R)
 (MINKOWSKY (A)
 (MOZZICONACCI (P)
 (POLONOVSKI (C)
 (REY (J)
 (RIBIERRE (M)
 (ROSSIER (A)
 (VIALATTE (J)
 (MANDE (R)

Pharmacologie

(BOISSIER (J)
 (LECHAT (P)

	MM.
	{ BARRES (G)
	{ DURAND (J)
	{ GIRARD (Fr)
Physiologie	{ HUGELIN (A)
	{ LAURENT (D)
	{ SCHERRER (J)
	{ Pr. s. ch.
	{ VASSEUR (B)
	{ CHANTEUR (J)
	{ COURSAGET (J)
	{ GREMY (F)M.conf.
	{ MILHAUD (G)
Physique médicale	{ PAGES (J.-Cl.)
	{ PELLERIN (P)
	{ ROUCAYROL (J.C)
	{ Pr. s. ch.
	{ TUBIANA(M)M.conf.
	{ DECROIX (G)
	{ ISRAEL (L)
Pneumo-phtisiologie	{ MEYER (A)
	{ RENAULT (P)
	{ SORS (Ch)
	{ DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	{ DÜCHE (D)
	{ FLAVIGNY (H)
	{ DUBOST (J)
Radiologie médicale	{ LEFEBVRE (J)
	{ MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	{ MASSIAS (P)
	{ CAUHEPE (J)
	{ CERNEA (P)
	{ CHAPUT (Mme A)
Stomatologie	{ M. c. agr.
	{ CREPY (Cl)
	{ FLEURY (R)
	{ GRELLET (M)
	{ CHASSAGNE (P)
	{ FOUET (P)
Thérapeutique	{ LABET (R)
	{ MARCHÉ (J)
	{ AUVERT (J)
Urologie	{ MOULONGUET (A)
	{ QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	{ RAMBERT (P)
	{ THIEFFRY(S)
	{ GRASSET (J)
Clinique obstétricale	{ MAYER (M)
	{ MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES
UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE { BOLTANSKI (E)
SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la	{
Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire	
de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A)
	{ DUMAITRE (P)
Conservateurs	{ LE NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires { Mmes CONTET (J), FORGET (F)	
{ Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

Avec toute mon affection

A mon Mari

A mon Fils

Avec toute ma tendresse

A ma Belle-Mère

A mes Grands-Parents

A ma Belle-Famille

A tous les Miens

Avec toute ma sympathie

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER

Professeur de Clinique toxicologique à
la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous
faire le grand honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse

A Monsieur le Professeur Agrégé Emile FORSTER
Chirurgien des Hôpitaux de Strasbourg
Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier
Louis Pasteur à Colmar

Qui nous a fait le grand
honneur de nous accueillir
dans son service

Qu'il veuille trouver ici
l'hommage respectueux
de notre reconnaissance
et de notre profonde
admiration

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux

A Messieurs les Membres de mon Jury de Thèse

A tous mes Amis

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
LA JURISPRUDENCE FRANÇAISE VIS A VIS
DE L'ANESTHESIOLOGISTE

-:-:-:-

- I -

INTRODUCTION

-:-

Dans le cimetière d'une ville de France, on lit, sur la dalle mortuaire d'une enfant, l'épithaphe suivante :

"Décédée à la suite d'un accident anesthésique".

L'accusation est sévère, cruelle et cependant chaque jour des incidents, des accidents anesthésiques surviennent, mettant le médecin-anesthésiste-réanimateur face au poids de sa responsabilité, aux prises avec sa conscience et celle de ses semblables que traduit la Loi.

Mais encore, qu'elle est la position de la Jurisprudence française actuelle vis-à-vis de l'Anesthésiologiste ?

C'est ce que nous nous proposons d'étudier à la lumière des principales décisions concernant le domaine de l'Anesthésie-Réanimation.

-:-

- II -

AVANT-PROPOS

RAPPEL HISTORIQUE DE LA RESPONSABILITE
MEDICALE EN GENERAL

-:-

La notion de la responsabilité professionnelle du médecin est fonction du progrès de la Médecine.

Depuis un siècle et demi un système jurisprudentiel, lui-même toujours en évolution, tend à organiser au maximum la réparation de tout dommage non pas causé, mais survenu à quiconque.

En posant des principes très généraux, la jurisprudence, avec une grande logique et une rigueur non moins grande, décide que tout chacun est appelé à tout instant à rendre des comptes et qu'il n'est plus permis de se tromper de bonne foi.

Si la responsabilité professionnelle est apparue de bonne heure en droit français moderne, la situation exceptionnelle du médecin parmi ses semblables a fait que la responsabilité médicale, elle, n'a pas donné lieu à des décisions de justice importantes avant 1835. Mais depuis le nombre de celles-ci ne fait qu'augmenter.

Le médecin est d'abord celui qui guérit et la préoccupation de savoir si le praticien

doit répondre de tous ses échecs ne permet pas de conclure hâtivement par l'affirmative.

Si le médecin doit rendre compte d'un échec, celui-ci doit être dû à sa faute médicale, qui ne saurait être que professionnelle et suffisamment caractérisée et grave pour être déterminante de l'échec.

La notion de la responsabilité professionnelle en Médecine est aujourd'hui, d'une part, fonction du progrès de cette Science, d'autre part, elle relève tantôt de la seule Déontologie, tantôt de la technique.

Il serait exagéré de prétendre que le médecin-anesthésiste réanimateur ne saurait être recherché que pour des manquements dus à sa spécialité. Il ne faut pas oublier que pour avoir le droit de pratiquer une anesthésie, il faut légalement être docteur en Médecine et comme tel il doit répondre de toutes ses fautes médicales graves.

Mais la faute doit être prouvée par le patient, être lourde et avoir influencé sérieusement l'état de santé de ce dernier.

Avec l'évolution de la Science, des connaissances et des techniques nouvelles sont apparues avec lesquelles le médecin doit se familiariser, dont il doit au moins connaître les dangers qu'elles peuvent faire courir à ses clients, même si elles n'ont pas trait à sa sphère normale d'exercice de la Médecine.

Aussi, est-ce avec beaucoup de circonspection que le 18 juin 1835 la Cour de Cassation accepta les conclusions du Procureur Général DUPIN définissant les principes de la responsabilité médicale et rejeta par là-même celles

de l'Académie de Médecine, qui en 1825 après consultation, avait, dans un procès intenté au Docteur HELIE, défendu le principe de l'irresponsabilité du médecin. (Cass. 18 juin 1835 S 1835 - I - 401, concl. P.G. DUPIN). C'était, à l'époque, une idée révolutionnaire.

En 1862, la Cour de Cassation, Chambre des Requêtes, reprenant les conclusions du Procureur Général DUPIN a posé en principe que "toute personne, quelles que soient sa situation ou sa profession est soumise à la règle des articles 1382 et 1383 du Code Civil.

- article 1382 : "Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer"

- article 1383 : "Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence".

qui ne comporte d'exceptions que celles qui sont nominativement formulées par la loi et qu'aucune exception de cette nature n'existe au profit des médecins soit dans les lois de droit commun, soit dans la loi du 19 ventôse An XI, qui est le Code de leur institution".

L'arrêt ajoute cependant que s'il est des règles générales de bon sens et de prudence auxquelles on doit se conformer, avant tout, dans l'exercice de chaque profession, règles applicables aux médecins comme aux autres, "il est de la sagesse du juge de ne pas s'ingérer témérement dans l'examen des théories et des méthodes médicales, et prétendre discuter des questions de pure science". C'était dire très clairement que le Juge devait s'entourer de tous renseignements utiles, et ne se

hasarder que si la faute, évidemment grave, était apparente aux yeux d'un profane. Mais ces fautes lourdes, résultant de l'impéritie appréciable pour tout le monde, d'une ignorance des choses que tout homme de l'art doit connaître, ne peuvent s'étendre aux fautes qui seraient le résultat d'une théorie sujette aux discussions de la Science (Cass. Req. 21 juillet 1862 S 1862-I-818).

La Cour de Cassation a toujours maintenu ce principe. Dans l'un de ces procès il s'agissait de savoir, si le pouvoir souverain du praticien à l'effet d'instituer un traitement, était tel qu'il pût recourir à des procédés curatifs présentant des risques hors de proportion avec la maladie à guérir et la Cour de Cassation a admis que le médecin doit doser le danger couru par le patient, en raison du traitement auquel il est soumis, au mal dont il est atteint. Si le praticien expose le patient à des risques sans rapport avec l'affection, il commet une imprudence grave : (Cass. Civ. 29 novembre 1920 - Gaz. Pal. 1921 - 1 - 68.)

Mais encore faut-il distinguer nettement la faute médicale et la faute de droit commun.

Seule la faute médicale peut engager la responsabilité du médecin et celle-ci doit être une faute lourde, constituant en soi la transgression des règles du bon sens et de la prudence (26 avril 1921 - Trib. Civ. Marseille Gaz. Pal. 1921 - 2 - 162).

Dans le même ordre d'idées, il a été jugé que si, en vertu du contrat médical qui comporte une obligation de moyen et non de résultat pour le praticien, celui-ci n'est tenu que de prodiguer au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de

la Science, il ne suffit pas que son acte ait été conforme à l'usage, ou moins encore à une opinion technique sujette à discussion, pour faire échapper le médecin à toute responsabilité. Il appartient aux tribunaux de se refuser à consacrer cet usage, s'ils l'estiment contraire aux règles de la prudence, à condition de ne se prononcer à cet égard, là encore, qu'avec circonspection, en s'abstenant de s'immiscer dans l'examen de théories ou de méthodes controversées et en s'entourant au besoin des garanties scientifiques nécessaires (C.A.Montpellier : 14 décembre 1954 - D 1955-745 JCP 1955 - IV - 112).

On ne saurait apprécier la faute médicale par rapport à un type abstrait de médecin. Mais chaque fois que le praticien s'écartera des règles de bon sens et de prudence auxquelles il faut se plier avant tout, dans l'exercice de sa profession, il commettra une erreur qu'on pourra constater aisément. Il aura commis une faute professionnelle, car il aura alors violé la confiance qu'un homme a porté à un autre homme, en raison de sa science et de sa conscience. Cette faute sera évidente, elle saute aux yeux, c'est ce qu'on a l'habitude d'appeler la faute lourde dont le médecin est responsable.

Mais il est d'autres fautes que seul le technicien, l'expert peuvent déceler. C'est dans ces cas que le Juge doit s'entourer d'avis autorisés, qui seront parfois divergents : "Hippocrate dit oui, Gallien dit non". Ces cas ne sont pas l'exception et mettent les tribunaux dans l'embarras, même lorsqu'il s'agit d'un cas d'expérimentation.

Or, malgré toute sa science, malgré toutes les précautions prises, le médecin n'est ja-

mais certain de réussir la tâche entreprise et la faute qu'il peut commettre est difficile à prouver : un malade bien soigné peut mourir, un malade mal soigné peut guérir. Ces mots n'ont qu'une valeur relative. Il appartiendra au malade d'établir un manquement aux règles professionnelles de l'art de guérir.

- III -

LA LOI ET L'ANESTHESIOLOGISTE

-:-

Les progrès accomplis dans le domaine médical dans son ensemble, dans ses diverses branches spécialisées et notamment en Anesthésie, la "naissance" de l'anesthésiste-réanimateur, ont donné lieu à des difficultés, à des solutions divergentes en Jurisprudence quant à l'éventuelle responsabilité médicale et de son dosage dans l'équipe chirurgicale et plus particulièrement entre le chirurgien et l'anesthésiste. Et pourtant le Professeur BAUMANN écrivait dans la Revue du Praticien (1er janvier 1959, Tome IX; n°1)

"L'ensemble des acquisitions dans l'anesthésie et la réanimation élargit considérablement le domaine du médecin-anesthésiologiste qui n'est pas exclusivement le collaborateur du chirurgien, mais le spécialiste auquel toutes les disciplines, y compris la médecine praticienne, doivent savoir faire appel". Certains actes faisant dorénavant partie de la compétence de l'anesthésiste, il en prend la responsabilité, du moins il essaie !

Il nous a paru intéressant de relever un certain nombre de ces décisions judiciaires, de dégager, au regard du droit, les problèmes médicaux d'anesthésie-réanimation et de rechercher éventuellement une solution "médicale".

Cependant, avant d'en aborder l'étude, il nous paraît opportun d'indiquer quels sont les Tribunaux compétents.

A) LES TRIBUNAUX COMPETENTS

Il y a lieu de différencier ici l'activité privée de l'activité hospitalière.

1°- Activité privée

La compétence des tribunaux de l'ordre judiciaire est certaine pour les litiges pouvant opposer un malade et son médecin privé ou le médecin attaché à une clinique privée. Et là nous verrons ultérieurement que toute l'activité des médecins est dominée par la notion de contrat.

2°- Activité hospitalière

Il en va différemment lorsqu'il s'agit de médecins attachés à un hôpital public.

Il y a quelques années, il s'est produit un revirement dans la jurisprudence de la Cour de Cassation et la compétence des tribunaux judiciaires a été retenue ; la Cour de Cassation se mettait ainsi en opposition avec la jurisprudence du Conseil d'Etat.

C'est dans ces conditions que le Tribunal des Conflits a été amené à se prononcer. Dans deux arrêts du même jour il a été statué que "les actions en responsabilité dirigées contre des médecins ou chirurgiens des hôpitaux pour des faits allégués contre eux dans l'exercice de leurs fonctions sont de la compétence de la jurisprudence administrative (Trib. Confl. 25 mars 1957, Gaz. Pal. 1957 - I - 437, S.1957 - 196, J.C.P. 1957 1004 (note

R. SAVATIER) - D. 1957-395, Acta de l'Inst. d'An IX - 1961 - 169-170) (note R. FONTAINE), et dans un troisième arrêt du même jour que "les rapports entre un hôpital public et un médecin participant à l'exécution des fonctions assumées par cet établissement sont des rapports de droit public, et relèvent, dès lors, en cas de litige, de la compétence de la juridiction administrative". (Trib. Confl. 25 mars 1957, Gaz. Pal. 1957 - 2 - 20).

Depuis ces arrêts du Tribunal des Conflits, la Cour de Cassation (chambres civile et criminelle) s'est inclinée et il n'y a plus de problème à ce propos. Les médecins-anesthésistes travaillant dans le cadre hospitalier ne sont pas responsables d'une de leurs fautes commises, mais le service public. Cependant, voici l'envers de la médaille : il existe trois exceptions. En effet, les juges administratifs ont estimé que la faute qu'ils ont pu commettre constitue une "faute détachable de la fonction". Ainsi, par exemple, un anesthésiste qui donnerait l'anesthésie étant en état d'ivresse, et provoquerait en raison de cette ivresse un trouble quelconque chez son malade ou son décès, serait reconnu civilement responsable car il apparaîtrait au Juge que la fonction n'étant point de s'enivrer, il ne s'agit pas du fait du médecin mais du fait de l'homme avec ses passions et ses faiblesses. Dès lors, en cette occurrence, ils peuvent être poursuivis devant les Tribunaux de l'Ordre Judiciaire.

Une deuxième exception : c'est dans le cas où le client mécontent poursuit personnellement un anesthésiste devant un Tribunal Correctionnel. Si, par exemple, on lui reproche un délit de blessure involontaire, ou d'homicide involontaire, et qu'il soit sous cette

inculpation assigné devant un Tribunal Correctionnel, il sera obligé de se défendre devant ce tribunal sans pouvoir décliner sa compétence.

Enfin, une troisième exception : l'anesthésiste peut être poursuivi disciplinairement devant le Conseil de Discipline du Personnel Hospitalier. Il a alors à redouter l'application d'une des peines : avertissement, blâme, suspension, révocation, mais ce ne sont là que des sanctions disciplinaires.

B - LA NATURE CONTRACTUELLE DE LA RESPONSABILITE

Il serait vain et fastidieux de vouloir citer toutes les décisions qui nous étaient accessibles ; nous nous sommes volontairement bornés à celles permettant de dégager, dans la mesure du possible, une certitude doctorale et de ce fait nous n'avons retenu que les plus récentes.

1°- La notion de contrat

Lorsqu'un malade s'adresse à un médecin ou à un chirurgien, il attend de lui la guérison ou tout au moins une amélioration de son état. Mais cette attente est une espérance dans l'esprit du patient. La guérison ou l'amélioration ne sont qu'une conséquence de l'intervention médicale que le praticien ne peut affirmer à cent pour cent, même dans l'état actuel de nos connaissances.

Certes, l'activité du médecin est curative et il y a une relation directe entre celle-ci et l'état de santé du malade, guérison ou amélioration, mais le praticien ne saurait être tenu à une obligation de résultat, mais seule-

ment à une obligation de "moyens", c'est-à-dire l'obligation de donner des soins conscien-
cieux, attentifs et conformes aux données ac-
tuelles de la Science.

Depuis l'arrêt du 20 mai 1936 (Gaz.Pal.
1936 - 2 - 41, S. 1937 - 1-321, D. 1936 - 1-
88) - P.M. 27 avril 1957, suppl. au n°34 (note
R. FONTAINE) Acta Tome X 1961, p.171 (note
R. FONTAINE) Annales de l'Anesthésiologie
Française, tome IV, n°4, pp.403-404 (note
R. FONTAINE), il est admis que la responsabili-
té du médecin est de nature contractuelle : il
se forme entre le praticien et son client un
véritable contrat, comportant pour le médecin,
l'engagement, sinon de guérir le malade, du
moins de lui prodiguer des soins, non pas quel-
conques, mais consciencieux, attentifs et, ré-
serve faite de circonstances exceptionnelles,
conformes aux données acquises de la Science.

La violation, même involontaire, de cette
obligation contractuelle, est sanctionnée par
une responsabilité également contractuelle.

Depuis la Jurisprudence n'a fait que repren-
dre ce principe de la nature contractuelle et
a dégagé très fermement que le médecin n'est
pas tenu à une obligation de résultat, mais à
une obligation de moyens, à laquelle est éga-
lement tenu le médecin-anesthésiste.

Mais pour incriminer la responsabilité du
praticien, le malade doit prouver qu'il a subi
un préjudice qui est en relation de causalité
entre la faute déjà prouvée du médecin et
qu'il lui appartient de mettre en évidence et
le préjudice également établi.

Les décisions de Jurisprudence dont nous ci-
terons les sommaires permettront une meilleure

compréhension du problème dans chaque cas, ceux-ci reproduisant pratiquement toujours le principe général, ce qui permettra d'aller du général au particulier.

2°- Notion de faute

Preuves du lien de causalité entre la faute et le dommage suivi par le malade.

Nous rapportons d'abord quelques sommaires de décisions qui font ressortir la notion de faute et l'obligation pour le demandeur en responsabilité de prouver cette faute.

a) "Si, en vertu du contrat médical qui comporte seulement une obligation de moyens et non de résultat pour le praticien, celui-ci n'est tenu que de prodiguer au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la Science, il ne suffit pas que son acte ait été conforme à l'usage, ou moins encore, à une opinion technique sujette à caution, pour faire échapper le médecin à toute responsabilité".

- "Il appartient aux tribunaux de se refuser à consacrer l'usage, s'ils l'estiment contraire aux règles de la prudence, à condition de ne se prononcer à cet égard qu'avec circonspection, en s'abstenant de s'immiscer dans l'examen de théories ou de méthodes controversées et en s'entourant, au besoin, des garanties scientifiques nécessaires".

- "Spécialement, les Juges du fond peuvent retenir la responsabilité d'un médecin homéopathe qui s'était abstenu de procéder à un traitement local (allopathique) en relevant que la plupart des médecins homéopathes estiment que les deux traitements doivent être

menés de pair dans le cas d'espèce".

(Cass. Civ. 1er juillet 1958, Gaz. Pal. 1958-2-145, Bull. Cass. 1958, 1-282 S. 1958-334, D. 1958-600).

b) "Le contrat qui se forme entre le médecin et son client entraîne l'obligation, pour le premier, de donner à celui-ci des soins conformes aux règles consacrées par la pratique médicale et aux données de la science".

- "Le médecin est responsable des suites dommageables desdits soins si en égard à cette obligation, il s'est rendu coupable d'une imprudence, d'une inattention ou d'une négligence révélant une méconnaissance certaine de ses devoirs".

- "Il incombe notamment au chirurgien, avant l'opération, d'examiner l'état du malade non seulement au point de vue de l'affection locale qu'il a à traiter, mais encore au point de vue de la réalisation des conditions que comporte l'intervention et qui rentrent dans la seule compétence du praticien, à l'attention et à la vigilance duquel le malade s'est confié".

- "Manque de base légale l'arrêt qui, après avoir relevé les deux fautes retenues par les médecins experts à la charge du chirurgien (abstention de procéder à un examen biologique préalable que la gravité de l'opération imposait et défaut de vérification de la présence d'ampoules d'adrénaline à la clinique) qui avaient aggravé les risques de l'intervention chirurgicale, a néanmoins décidé qu'il n'y avait aucun lieu de responsabilité entre ces fautes et le dommage causé par le décès du patient au cours de l'opération". (Cass. Civ. 31 mai 1960, Bull. Cass. 1960 1-247,

S. 1960, 303, D. 1960-571, J.C.P. 1961-11914
(Note R. SAVATIER).

c) "Le demandeur en responsabilité, qui allègue une faute lourde à la charge d'un chirurgien doit établir que celui-ci n'a pas donné des soins appropriés à l'état du patient et conformes aux données actuelles de la science. Il doit, de plus, en cas de décès, faire la preuve que de tels soins auraient eu chance de sauver la vie du patient, victime d'un accident à la tête".

- "S'agissant d'une question d'ordre purement médical, le juge ne peut la trancher sans l'avis d'experts médicaux qualifiés. Si donc ceux-ci constatent au regard des règles de la médecine, que le chirurgien, dont le diagnostic était exact, ne s'est rendu coupable d'aucun acte ou d'aucune abstention susceptible d'avoir exercé une influence sur le décès du patient, l'action en responsabilité doit être rejetée".

- "On ne saurait reprocher au chirurgien de n'avoir pas procédé à un examen radiographique, les signes cliniques lui ayant suffi à établir un diagnostic confirmé ensuite par le résultat de l'autopsie". (Limoges 25 octobre 1955; J.C.P. 1956-9021 (note R. SAVATIER)).

La lecture de ces textes permet déjà de tirer quelques conclusions fondamentales intéressant non seulement le médecin en général, mais aussi le spécialiste dans le cadre son activité privée.

a) Nous ne nous étendrons sur le premier sommaire, dont les pages précédentes ont déjà fait état, que pour retenir l'extrême réserve dont les Juges doivent faire preuve lorsqu'il

s'agit pour eux, d'apprécier la valeur d'un usage, mais ils ont le droit de vérifier si l'usage invoqué est ou non conforme aux règles de la prudence.

b) Dans le deuxième texte cité, se pose le problème de l'examen pré-opératoire local et général. Dans le cas présent c'est le chirurgien qui est poursuivi, mais une intervention chirurgicale représente un travail en commun dont fait partie l'anesthésiste et c'est ce dernier qui doit faire ou faire faire certains examens, vérifier la présence à la clinique du matériel, des médicaments généralement nécessaires, ici en l'occurrence d'ampoules d'adrénaline. C'est la question d'organisation matérielle.

Il ressort encore de ce texte que le simple fait qu'une faute ait aggravé le risque susceptible d'aboutir à un dommage ne suffit pas nécessairement à localiser dans cette faute la causalité du dommage. Il y a cependant, une présomption sérieuse ; si le juge l'écarte, il doit dire pour quelles raisons il admet que le dommage a été causé par d'autres voies. C'est une question très difficile de responsabilité civile : preuve à faire par le malade du lien de causalité entre la faute et le dommage.

c) Quant au troisième sommaire, il faut ajouter que les tribunaux ne sont pas liés par l'avis des experts médicaux toutes les fois que ceux-ci, à partir de constatations techniques, s'élèvent à des conclusions touchant la déontologie médicale, ou résolvent incidemment des problèmes étrangers à la médecine pure. Mais les juges n'ont au contraire absolument aucun moyen d'aller à l'encontre des indications techniques des experts, alors du moins qu'elles

ne sont pas démenties par les indications techniques d'autres experts.

3°- Application au médecin-anesthésiste de la responsabilité contractuelle

Dans l'exercice de l'art médical, la conséquence directe de l'intervention de l'anesthésiste-réanimateur n'est pas toujours la guérison. Aux yeux du malade son action est même secondaire. S'il pouvait se passer de l'anesthésiste, il le ferait ; il la subirait pour permettre au chirurgien sa part de labeur.

L'anesthésie est un acte comportant en lui-même un risque, mais l'anesthésiste ne peut être tenu qu'à une obligation de moyens qui limite la responsabilité du médecin quelle que puisse être la nature ou le but de son action thérapeutique ou même diagnostique.

Me R. FONTAINE exprime cette même idée en publiant dans la Presse Médicale du 27 avril 1957, supplément n°34, un jugement inédit du Tribunal Civil de la Seine du 29 janvier 1957 qui a tranché la difficulté.

Dans une instance réunissant un stomatologiste et son anesthésiste il était reproché à ce dernier une lésion du pharynx due à l'introduction d'un laryngoscope et à l'aveugle en raison d'indications cliniques. "Il s'agissait à l'évidence d'un acte médical non directement curatif commandé cependant par un contrat de soins" dit le Tribunal qui admet ainsi implicitement l'application au médecin-anesthésiste des principes et des conditions de la responsabilité contractuelle médicale.

Le Tribunal est très clair dans la suite de ses attendus.

"Attendu en ce qui concerne le Docteur X (Anesthésiste) que celui-ci ne conteste pas être l'auteur involontaire de la lésion du pharynx il est établi par le rapport de l'expert que, par suite d'un incident imprévisible chez un malade normal, il lui était impossible d'introduire le laryngoscope et en conséquence le tube autrement qu'à l'aveugle ; qu'il n'est pas allégué par la demanderesse qu'il s'est agi en l'espèce d'un incident prévisible auquel il était possible de remédier à l'avance ; qu'il est, d'autre part, établi et non dénié que le tubage était d'une nécessité vitale pour la cliente ; qu'il s'est donc agi d'un cas fortuit malheureux comme il s'en rencontre souvent en chirurgie ou en médecine qui enseignent aux meilleurs médecins ou chirurgiens que l'homme n'est pas une mécanique et qu'ils ne doivent envisager qu'avec prudence certaines opérations ; que quelles qu'aient été les conséquences dommageables pour dame Z... de ce tubage malencontreux, les défenseurs (stomatologiste et anesthésiste), tenus à une simple obligation de moyens, ne peuvent en être déclarés responsables ; qu'il y a lieu de débouter dame Z... de toutes ses demandes, fins et conclusions".

Ainsi, on peut dire que la faute médicale n'entraîne de responsabilité que si le malade a subi un préjudice et qu'il y a relation de causalité entre la faute déjà prouvée et le préjudice également établi. Il en va de même pour l'anesthésiologiste ; or, celui-ci travaille souvent en équipe : et c'est là que le problème se corse.

4°- Notion de la responsabilité d'équipe

Il semble bien qu'aujourd'hui la Jurisprudence s'oriente encore vers la responsabilité

du chef d'équipe. Le cas d'espèce suivant en est une illustration à travers trois instances : Tribunal Civil de la Seine, Cour d'Appel de Paris et Cour de Cassation.

En première instance, c'est-à-dire devant le Tribunal de la Seine, le dosage éventuel des responsabilités, ne semble pas avoir été sérieusement discuté, puisque d'abord la preuve de l'inopportunité d'une injection de curare devait être faite. Néanmoins, pour la meilleure compréhension de toute l'affaire, nous en donnons ici le sommaire.

1ère décision :

Bien que le médecin anesthésiste n'ait pris aucune précaution pour assurer la conduite d'une anesthésie étudiée avec soin après examen préalable de la malade pour lui assurer le mode d'insensibilisation le plus approprié à son état exceptionnellement déficient, il y a lieu de débouter la victime de l'action en responsabilité à la suite de la paralysie survenue à la malade dès lors que l'emploi du curare comme anesthésique a été déclaré légitime par les experts et que les demandeurs ne font pas la preuve de l'inopportunité d'une injection de curare, administrée d'autre part selon les règles de l'art (Trib. Civ. Seine 15 mai 1956, S. 1956-108, D. 1956-554).

2ème décision :

Contrairement à ce qui se produit quand l'anesthésie est pratiquée par un simple infirmier qui engage la responsabilité du chirurgien qu'il assiste, le médecin-anesthésiologiste n'engage pas nécessairement, par ses fautes, la responsabilité du chirurgien opérant le malade qu'il a endormi, encore faut-il, pour qu'il

en soit ainsi, que l'anesthésiologue ait été choisi par le patient, soit agréé par lui au moins tacitement sur présentation du chirurgien et qu'en toute hypothèse il ait vu et examiné le patient avant l'opération.

- Faute de cet examen, l'anesthésiologue ignorera les particularités physiologiques et pathologiques de l'opéré, ne sera donc pas pleinement en mesure de conformer l'anesthésie à la constitution du malade et de lui assurer le mode d'insensibilisation le plus approprié à son état, et devra recevoir, par conséquent, dans l'accomplissement même de sa mission particulière d'anesthésie des instructions du chirurgien qui, seul, a examiné le malade et le connaît.

- Lorsqu'il est constant, qu'aucun contrat médical ne liait le médecin anesthésiologue et le malade et qu'il était, pendant le temps opératoire, l'assistant du chirurgien opérateur, il faut reconnaître que si des fautes dommageables pour le patient ont été commises dans la pratique de l'anesthésie, l'anesthésiologue est certes responsable envers le malade, en vertu de l'article 1382, C.Civ., mais le chirurgien opérateur est lui aussi responsable du fait de son préposé, en vertu de l'article 1384 du même Code.

- L'indépendance professionnelle d'un médecin qu'affirme l'article 9 C déontologie médicale n'est pas obstacle à ce que le médecin, en regard d'une victime de sa faute puisse être le préposé, au sens de l'article 1384, C. Civ. d'un autre médecin qui est responsable de ses actes, pourvu que soient remplies les conditions de choix et de subordination qui créent entre toutes personnes un lien de préposition (Paris 14 février 1958, Gaz. Pal. 1958-1-438,

JCP 1958-10533 (note R. SAVATIER) - Rev. Trim.
dr. civ. 1958-398 - n°10).

3ème décision

- ayant constaté que le chirurgien ayant seul choisi l'anesthésiologue qui devait l'assister sans que rien n'établisse que ce choix ait été, même tacitement, ratifié par la patiente, le juge du fond en déduit à bon droit qu'aucun contrat médical n'est intervenu entre l'anesthésiologue et la cliente.

- En l'absence d'un tel contrat, la responsabilité de l'anesthésiologue à l'égard de la patiente ne peut être recherchée que sur le terrain délictuel ou quasi délictuel.

- Mais, néanmoins, les juges du fond déclarent à bon droit que le chirurgien devait éventuellement répondre des conséquences dommageables résultant de la faute qu'aurait pu commettre l'anesthésiologue.

- En effet, le chirurgien, investi de la confiance d'une personne sur laquelle, il va pratiquer une opération, est tenu, en vertu du contrat qui le lie à cette personne de faire bénéficier celle-ci, pour l'ensemble de l'intervention, de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la Science ; il répond dès lors des fautes que peut commettre le médecin auquel il a recours pour l'anesthésie et qu'il se substitue, en dehors de tout consentement du patient, par l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation.
(Cass. Civ. 18 octobre 1960; Gaz. Pal. 1960-2-289, Bull. Cass. 1960-I-361, S.1961-141, D. 1961-125, J.C.P. 1960-11846 (note R. SAVATIER)).

En analysant cette affaire, on voit que la Cour veut bien admettre la responsabilité personnelle de l'anesthésiste, mais encore faut-il pour cela qu'il y ait un contrat direct, personnel entre malade et anesthésiste, que ce dernier l'ait vu et examiné (et nous reviendrons encore sur cette notion essentielle). Il s'ensuit qu'en l'absence d'une convention entre le patient et l'anesthésiste la Cour estime que celui-ci se place sous les ordres du chirurgien, qui, lui, par ses examens antérieurs, est apte à déterminer les mesures à prendre. Ainsi se trouve créé la notion de la responsabilité d'équipe. Mais en fait, ce sera le chirurgien chef de l'équipe, qui sera responsable des fautes de tous ceux qui collaborent avec lui. Mais considérons le problème sous un angle un peu différent. Les juges considéreraient la responsabilité personnelle de l'anesthésiste à condition qu'elle soit prouvée. Or, l'anesthésiste, dans le cas d'espèce, est en droit, au moment où on lui demande de faire partie, dans la salle d'opération, de l'équipe chirurgicale, de se fier aux examens pré-opératoires ayant dû intervenir sur la personne du patient avant l'intervention. Il prend en charge un malade en quelque sorte "dédouané" et supposé normal c'est-à-dire apte à la pratique classique de l'anesthésie, dont le chirurgien choisit d'ordinaire le mode. La responsabilité de l'anesthésiste dépendra (dans l'espèce, car après cassation, il faudra statuer définitivement) d'une nouvelle expertise qui permettra de savoir si le mode d'anesthésie général avait été choisi par le chirurgien ou par l'anesthésiste et sur quelques éléments de décision, soit si c'est l'opérateur ou l'anesthésiologiste qui a pris l'initiative de l'injection de curare. Dans cette incertitude, la direction de l'opération par le chirurgien, connaissant seul les anté-

cédents, les prédispositions et les contre-indications particulières au malade, sont de nature à disculper l'anesthésiste des décisions prises par l'opérateur si elles sont conformes à l'usage. Cette immunité serait incomplète si la pratique d'une piqûre de curare devait être considérée comme exceptionnelle au cours d'une intervention et ceci présupposé, l'anesthésiste ne se soit acquis auprès du chirurgien, l'assurance nécessaire qu'aucune contre-indication ne déconseillait cette mesure.

Toujours dans le cadre de la responsabilité contractuelle lorsque la médecine s'exerce en équipe. Nous voudrions encore citer deux décisions qui aboutissent à deux solutions opposées (notons cependant de suite que la seconde décision concerne un médecin attaché à une clinique où il est également anesthésiste).

lère décision

"Le médecin-anesthésiste qui, choisi par le chirurgien, assiste ce dernier est couvert par la responsabilité du chirurgien, de telle sorte que l'action de la victime se plaignant d'une faute de l'anesthésiste doit en tout état de cause, être dirigée pour le moins contre le chirurgien responsable de l'opération et non contre l'anesthésiste, simple exécutant.

- le Demandeur en responsabilité doit donc être débouté de l'action qu'il a intentée seulement contre l'anesthésiste, dont, au surplus, la faute personnelle n'est pas démontrée" (Trib. Civ. Grenoble 16 mai 1956, J.C.P. 1956 - 9456 (note R. SAVATIER).

2ème décision

"Les médecins et chirurgiens des cliniques sont tenus d'une obligation contractuelle de moyens et non de résultat ce qui met à la charge du malade la preuve de la faute qu'il leur reproche.

- L'obligation contractuelle du chirurgien, dont la tâche est limitée à l'opération elle-même, et celle du médecin de la clinique, chargé de la surveillance fréquente du malade, de l'anesthésie et de réanimation, sont distinctes et leurs responsabilités à l'égard du malade doivent être appréciées séparément, d'après la nature respective de leurs obligations" (Trib. Civ. Toulouse 7 novembre 1957, J.C.P. 1959 - 10972 (note R. SAVATIER).

5°- Discussions des décisions précitées

En se rapportant aux décisions précitées (Cour de Cassation, Tribunal Civil de Grenoble, Tribunal Civil de Toulouse) nous avons vu apparaître le problème, fort complexe, posé par l'exercice de la médecine en équipe et la répartition (ou non) des responsabilités et c'est là qu'interviennent trois points :

- a) question de contrat : chirurgien-malade
- b) " de subordination
- c) " de causalité

a) La question de contrat

L'article 45 du Code de Déontologie donne au chirurgien le droit de choisir son aide ou ses aides opératoires ainsi que son anesthésiste et de faire figurer leurs honoraires sur la note que le chirurgien réclame à l'opéré. En ce cas, les assistants et l'anesthésiste ne

contractent pas avec le patient. Le jugement du Tribunal de Grenoble soutient donc que puisque le malade n'a pas contracté directement avec l'anesthésiste, aucune action contractuelle ne peut être retenue contre ce dernier, donc aucune responsabilité à mettre en cause. Ceci est une solution de facilité ; en effet, si le patient prouve la faute de l'anesthésiste, il doit pouvoir agir directement, puisque le médecin reste toujours soumis aux règles de la prudence professionnelle et s'il est prouvé qu'il y a manqué, toute personne doit pouvoir lui demander la réparation du dommage. Bien sûr, le chirurgien a eu le mandat de son client à l'effet de choisir le personnel de son équipe, mais on peut admettre, du fait même de ce mandat, que le chirurgien a pu agir tacitement pour le malade, qu'il a fait une stipulation pour autrui, pour son équipe dont l'anesthésiste est, en conséquence, ce dernier a un contrat avec le patient.

b) La question de subordination de l'anesthésiste au chirurgien.

Dans l'esprit et l'intérêt des malades, le chirurgien apparaît comme le commettant, c'est-à-dire, celui qui, comme médecin, est censé être compétent (au sens large) alors qu'en règle générale, le commettant n'a pas besoin de compétence particulière, il est simplement le patron, donc apte, en théorie au moins, à diriger les membres de son équipe.

Il est certain que les tribunaux ont suivi longtemps avec obstination l'idée traditionnelle qui veut que le chirurgien est seul responsable, comme maître suprême de sa salle d'opérations, l'anesthésie n'étant qu'une partie intégrante de l'intervention chirurgicale.

Cette conception, certes valable, il y a

quelques vingt ans, peut-elle encore être retenue à l'heure actuelle ?

En effet, l'anesthésie-réanimation est une discipline particulière ayant sa place bien à elle dans la Science Médicale, celle d'une spécialité comme n'importe quelle autre spécialité, nécessitant un Diplôme de Médecin, des études de perfectionnement entraînant une qualification particulière.

Bien sûr dans l'exercice de sa profession, à l'encontre des autres spécialités, l'anesthésiologue a une place un peu particulière, puisque pour agir il faut que quelqu'un l'appelle, qu'un chirurgien ou qu'un spécialiste lui demande de donner une anesthésie, de sorte que son activité ne pourra se pratiquer que dans cette sorte de tandem, mais à parts égales dirons-nous car dans ce lieu sacrosaint qu'est une salle d'opérations, il y a un chirurgien, Docteur en Médecine, mais à ses côtés il y a l'anesthésiste lui aussi Docteur en Médecine donc, ainsi, que le disait Me FONTAINE, (Acta Tome X, 1961 pp.168 et 173) "deux hommes en possession d'un diplôme identique, jouissant des mêmes prérogatives attachées à ce diplôme, qui tous deux vont collaborer à une oeuvre commune dont l'objet sera la guérison du malade. Alors l'un sera-t-il responsable de l'autre ? Car si nous admettons que le chirurgien doit répondre des fautes de l'anesthésiste, nous allons admettre aussi que l'anesthésie se trouve vis-à-vis du chirurgien dans des liens de dépendance. Lisons le Code de Déontologie, article 9 : on n'a pas le droit d'aliéner son indépendance de quelque façon que ce soit. L'indépendance des médecins est le fait fondamental de leur exercice professionnel".

Les opinions sont des plus divergentes, nous l'avons vu: pour les uns, conception unitaire de l'acte chirurgical. Pour les autres, l'anesthésie est un acte détachable et l'indépendance dans l'action d'équipe pour chaque spécialiste est chose acquise ainsi que l'affirmait le Tribunal Civil de Toulouse. Et l'on peut, à ce propos, rappeler un autre jugement inédit du 3 novembre 1953 rendu par le Tribunal Civil de la Seine (où il était question d'un chirurgien poursuivi avec un médecin-anesthésiste à l'occasion d'une paralysie du plexus brachial, conséquence de l'élongation forcée au cours d'une opération) : "le chirurgien ne peut être déclaré responsable des fautes qu'a pu commettre le Docteur X... (anesthésiste) qui, lui-même agissant, en ce qui concerne sa spécialité, en toute indépendance, ne peut en aucune façon être considéré comme le préposé du sieur X ... (chirurgien)".

On peut même dire que l'indépendance de l'anesthésiste-réanimateur est telle déjà aujourd'hui que pour lui, au moins, la notion d'équipe est dépassée.

Il devrait avoir une autonomie complète, non seulement dans l'équipe, mais en quelque sorte hors de l'équipe à laquelle il demeurerait professionnellement extérieur ne s'y intéressant que pour la durée de l'acte opératoire, attelage à durée limitée. En effet, la préoccupation de l'anesthésiste ne consiste pas seulement à donner l'anesthésie, mais à voir le malade la veille, l'examiner, le mettre en confiance, discuter avec lui au besoin du mode d'anesthésie. Par la suite, il faudra qu'il surveille l'opéré jusqu'à son réveil, hors de salle d'opérations, éventuellement le suivre en réanimation si le cas l'exige. On peut donc considérer que le médecin-anesthésiste réanimateur fait équipe, non pas tellement avec le chi-

rurgien, mais avec l'opéré. Il est médecin d'un bloc opératoire, d'une salle de réveil, d'une réanimation. Sous cet angle, le chirurgien n'est pas responsable des fautes commises par l'anesthésiste qui lui, agissant en ce qui concerne sa qualité en toute indépendance, ne peut en aucune façon être considéré comme le préposé, c'est-à-dire, sous les ordres du chirurgien.

Notons bien que la réalité chirurgicale ne change pas pour autant, que le malade ait traité avec l'un ou l'autre ou les deux ou seulement avec le chirurgien, c'est ce dernier qui, tactement pour le compte du malade, traite avec les autres membres de l'équipe dont l'anesthésiologue.

c) La question de causalité

Dans le travail d'équipe, il devient de plus en plus difficile de découvrir clairement le siège d'une responsabilité fondée sur la faute. Les activités des membres soignant le même malade s'entremêlent de telle sorte que beaucoup de fautes décelées par leur résultat et certaines quant à leur existence, ne peuvent avec sûreté être attribuées à l'un plutôt qu'à l'autre des participants de l'équipe. Il ne faut pas oublier que le malade doit toujours trouver réparation. Si toute l'équipe a contracté avec la victime, chacun lui garantit des soins consciencieux, diligents et conformes aux données actuelles de la Science. Et si ces soins ont manqué, que la preuve en est faite, chacun, sans qu'il y ait besoin de déterminer le coupable, répond in solidum de cet engagement. Par contre, si un seul membre de l'équipe s'est engagé envers le patient à lui fournir les soins médicaux, alors il ne peut se substituer d'autres participants de son équipe, sans répondre d'eux.

Ici nous entrevoyons la rançon du travail d'équipe qui consiste en une certaine dépersonnalisation, car de plus en plus nombreux, nous le répétons, sont les cas où le malade prouvera l'existence d'une faute sans pouvoir en déterminer le responsable à travers l'indépendance dont jouit, dans ses soins, chaque médecin de la chaîne.

Pour la médecine hospitalière, la responsabilité du service public, servira au patient de couverture. Mais dans les cliniques privées aucune institution semblable ne fonctionne. Seule une assurance collective prise par la clinique ou par l'ensemble des médecins pourrait alors restaurer la sécurité du malade. Elle n'est pas obligatoire et semble peu répandue. Et, de plus, les contrats de société civile médicale sont d'un genre particulier en ce sens que, à la suite des contrats-types publiés par l'Ordre, elles préservent l'indépendance de chaque associé (base de l'exercice professionnel médical) en lui imposant l'obligation de s'assurer pour la réparation de ses fautes éventuelles.

C) LA JURISPRUDENCE ET L'ANESTHESISTE AU TRAVERS DE QUELQUES EXEMPLES PARTICULIERS

Dans ce chapitre, il nous a paru intéressant d'examiner, encore, au travers de quelques exemples, la position des Tribunaux concernant des activités quotidiennes du médecin-anesthésiste. Nous parlerons successivement :

- 1°- de la Jurisprudence et des fautes dans le choix du mode d'anesthésie et dans la technique

2° - de la Jurisprudence récente en matière d'erreur de groupe dans la Transfusion sanguine.

1°) - Fautes dans le choix du mode d'anesthésie et dans la technique

Citons d'abord une décision de la Cour de Cassation qui, bien qu'elle concerne un médecin de campagne, serait également vraie pour l'anesthésiste celui-ci pouvant très bien se trouver dans des circonstances analogues, par exemple à la suite d'un sinistre :

"Les juges du fond écartent à bon droit la responsabilité du médecin à la suite du décès d'un malade après une anesthésie générale pratiquée dans son cabinet à la campagne avec l'aide d'un préparateur en pharmacie, dès lors qu'ils relèvent que les risques eussent été moindres en milieu hospitalier doté d'un service de réanimation mais que l'hôpital le plus proche ne possédait pas un tel service, qu'il était, au surplus distant de 20 km et qu'il y avait urgence, d'autre part, qu'il subsiste un doute sur le lien de causalité entre l'anesthésie et le décès, enfin que l'anesthésie au chlorure d'éthyle était indiquée, qu'elle comporte, comme toute anesthésie, des risques de mort et que le préparateur en pharmacie a joué un rôle mineur, n'agissant que sous le contrôle direct du praticien qui avait commencé seul l'anesthésie". (Cass. Civ. 17 février 1959 - Gaz. Pal. 1959-I-245, Bull. Cass. 1959-I-82).

Il en est de même dans le cas où le médecin est le promoteur de méthodes ou procédés nouveaux et quelle que soit sa discipline :

" En acceptant de traiter un client par des procédés ou méthodes dont il était le promo-

teur et dont les conséquences possibles n'étaient qu'imparfaitement connues, un médecin se faisait une obligation impérative d'observer les précautions les plus minutieuses et d'assurer la surveillance la plus attentive.

- En admettant que l'organisme du malade ait été rendu plus faible par l'absorption massive de certains médicaments, c'était au médecin initiateur des procédés nouveaux de prendre toutes les mesures utiles avant de commencer son intervention, même si le médecin traitant avait pu commettre à cet égard une erreur d'indication thérapeutique.

- Le médecin initiateur du procédé nouveau commet en outre une faute en s'absentant au cours d'une intervention qui devait requérir de lui une surveillance de tous les instants à raison des dangers qu'elle pouvait faire courir au malade" (C.A. Paris 2 décembre 1957, J.C.P. 1958-10616 note R. SAVATIER).

Mais il se pose avant tout la question de savoir si l'anesthésiste a le choix du mode d'anesthésie ou doit-il avoir l'agrément du malade ?

La Jurisprudence n'est pas très nette : tout dépendra de l'intervention à faire et de l'état du malade. C'est ce que décide la Cour de Cassation.

" Les Juges du fond peuvent estimer qu'on ne saurait reprocher à un médecin qui a pratiqué, pour opérer un malade atteint de sinusite, une anesthésie du nerf maxillaire supérieur par voie orbitaire, ayant entraîné la paralysie définitive d'un nerf oculaire, d'avoir commis une faute en recourant à une méthode aban-

donnée, dès lors qu'ils ont relevé que d'après les experts, cette méthode existe encore et se trouve décrite dans les livres classiques et que si elle est délaissée ce n'est pas en raison d'accidents, qui n'ont jamais été observés, mais pour ce motif que les malades ne l'acceptent pas sans appréhension.

- Et en estimant que les conséquences de cette anesthésie, telles quelles se sont produites, ne pouvaient être prévues par le praticien, ils constatent nécessairement que celui-ci n'avait, en l'espèce, aucune obligation d'information à l'égard de son malade". (Cass. Civ. 13 mai 1959, Bull. Cass. 1959-I-202 P.M. 18 juillet 1959, supplément au n°35 (note R. FONTAINE)).

Donc normalement le malade laisse au médecin le choix du mode d'anesthésie : Jurisprudence paraissant contradictoire de celle de la Cour d'Appel d'Aix : sur appel d'un jugement du Tribunal Civil d'Aix du 5.12.1947 qui avait admis le libre choix du mode d'anesthésie par le médecin, du moins si elle ne comporte pas de risques majeurs, la Cour d'Aix, décide que : "constitue une faute de la part d'un chirurgien (anesthésiste) le fait de ne pas avoir avisé son client des risques accrus qu'entraînait le mode d'anesthésie par lui choisi et de n'avoir pas obtenu le consentement préalable du patient de l'emploi de ce traitement".

Le malade étant seul juge du risque à courir, il demande de faire préciser aux experts s'il devait être averti de l'accroissement des risques et des conséquences fâcheuses qui pouvaient résulter du procédé d'anesthésie envisagé (C.A. Aix, 23 février 1949, J.C.P. 1949- 5025 - note VIENNE).

Dans un autre cas, la même Cour décide dans un arrêt postérieur et plus nuancé que :
"Investi de la confiance de son client qui a consenti à un acte opératoire grave, le médecin a le libre choix des moyens pour le réaliser dans ce qu'il estime être les meilleures conditions techniques. Ainsi il appartient au chirurgien (anesthésiste) de choisir le mode d'anesthésie qui lui paraît le mieux approprié au cas traité, si par ailleurs il est établi que ce procédé a dépassé le stade de l'expérimentation scientifique pour entrer dans la pratique clinique courante.

Toute anesthésie s'accompagnant d'autre part d'un risque ressortant du domaine des impondérables, ne peuvent être imputés à une faute ou même à une imprudence du chirurgien (anesthésiste), les troubles sensoriels et musculaires en liaison avec une rachi-anesthésie correctement pratiquée. (C.A. Aix, 14 février 1950, Gaz. Pal. 1950-I-282, D. 1950-322, J.C.P. 1950-5923).

Il est fait cependant une part aux cas d'urgence ou de nécessité absolue.

Ainsi il a été jugé par la Cour de Lyon à propos d'un traitement par électrochoc (mais le principe reste le même) que :

- avant d'entreprendre un traitement ou de procéder à une intervention chirurgicale, le médecin est tenu, hors le cas de nécessité, d'obtenir le consentement libre et éclairé du malade ou dans le cas où il serait hors d'état de le donner, celui des personnes qui sont investies à son égard d'une autorité légale (parents par exemple) ou que leurs liens de parenté avec lui désignent comme des protecteurs naturels ; cette obligation a pour corollaire celle de renseigner le malade sur les

risques que comportent le traitement ou l'opération conseillée et le médecin n'est dispensé de signaler que ceux dont la réalisation est si improbable qu'ils peuvent être négligés. ... En omettant de renseigner le malade ou sa mère sur les risques du traitement qu'il préconisait, le médecin a manqué à l'une de ses obligations contractuelles et il devra réparer les conséquences dommageables de cette faute civile. Mais le traitement subi ayant constitué un fait indivisible, dont les conséquences ne sauraient être dissociées, le dommage causé par les unes ne peut être isolé du bienfait qui a pu être provoqué par les autres et seule la comparaison entre l'état d'ensemble du malade avant et après le traitement permettra de fixer l'étendue du préjudice à réparer (C.A. Lyon 17 novembre 1952, Gaz. Pal. 1953-I-57, D. 1953-253, J.C.P. 1953-7541).

Ce jugement peut s'appliquer à l'anesthésie, car elle fait partie de l'acte opératoire. Mais il faudrait pour cela que le malade prouve, qu'un accident s'était produit, bien que l'acte ait été correctement pratiqué, le médecin reste néanmoins responsable du dommage subi par lui, alors que l'anesthésiste aurait pu utiliser d'autres moyens moins dangereux.

Quant au problème du "consentement libre et éclairé du malade ou de sa famille" il rejoint celui du médecin en général, donnant lieu à des discussions sans fin. Tout dépend du degré de l'intelligence !! Et puis, vis-à-vis du malade ce serait parfois mettre l'anesthésiste dans une position saabreuse, l'étendue des explications pouvant faire soupçonner au malade la gravité de son affection alors que précisément dans son intérêt on tenait à le minimiser.

2°- Jurisprudence récente en matière d'erreur de groupe dans la transfusion sanguine

Dans les hôpitaux et les cliniques du fait des exigences du service, la loi n'est pas toujours appliquée et, l'anesthésie étant déjà après la première guerre mondiale de plus en plus entrée dans les moeurs chirurgicales, faite par des étudiants en médecine, voire même par des infirmiers, une jurisprudence assez lâche couvre ces agissements contraires aux règles organiques de la profession. Citons seulement pour mémoire trois décisions aujourd'hui heureusement dépassées :

- Trib. Civ. Marseille 26 avril 1921, Gaz. Pal. 1921-2-162
- C.A. Douai 23 juin 1924, Gaz. Pal. T.Q. 1925-1930, V° Médecine n°46-Rec. Douai 1924-318.
- Trib. Civ. Le Havre 6 février 1931, Gaz. Pal. T.Q. 1930-1935, V° Médecine n°100 Rec. Rouen et Caen 1931-1-62, Gaz. Trib. 21 avril 1931.

Avant d'aborder l'étude d'un cas récent et particulièrement grave, puisqu'il s'est produit un accident mortel, il convient d'indiquer la tendance de la Jurisprudence en matière de responsabilité du médecin du fait des infirmiers. Il est admis que le médecin est responsable des fautes commises par le personnel de la clinique au cours de soins que le médecin est contractuellement tenu de fournir au malade, ainsi il sera responsable des infirmières mises à sa disposition pour participer aux actes médicaux incombant aux médecins.

La Jurisprudence admet alors un lien de pré-

position occasionnel entre médecin et infirmier. Ainsi la Cour de Cassation a-t-elle décidé sur pourvoi contre un arrêt de la Cour d'Appel de Bourges du 6 décembre 1949 J.C.P. 1950-5479 (note RODIERE) "qu'ayant constaté que le dommage est dû à la maladresse ou à la négligence de l'infirmière qui a fait une piqûre pré-opératoire, d'autre part, que l'injection a été pratiquée sur l'ordre du chirurgien, en présence de celui-ci, dans la salle où il s'apprêtait à opérer, et alors que le patient était déjà ligoté sur la table d'opérations, enfin que l'infirmière, préposée habituelle de la clinique, avait été mise à la disposition du chirurgien pour l'assister pendant l'opération et pour les soins devant précéder immédiatement celle-ci, les juges du fond ont pu en déduire que l'infirmière se trouvait soumise à l'autorité du chirurgien qui avait seul qualité pour lui donner des ordres et des instructions sur la manière de remplir ses fonctions et qu'en raison de ce lien de subordination, la responsabilité des faits de l'infirmière qui incombait habituellement à la clinique, se trouvait alors déplacée et incombait au chirurgien" (Cass. Civ. 15 novembre 1955, Gaz. Pal. 1956-I-32 Bull. Cass. 1955-I-318, D. 1956-113 (note R. SAVATIER), J.C.P. 1956-9106 (note R. RODIERE).

Pour notre part, nous préférerions à l'idée de préposition occasionnelle entre médecin et infirmier, ou le cas échéant assistant, cette idée que l'infirmier exécute alors une obligation contractuelle incombant au médecin et non à la clinique. Cette façon d'envisager le problème permettrait à notre avis, de rechercher plus facilement la responsabilité des cliniques qui trop souvent, mettent à la disposition du médecin des personnes non diplômées à la place d'infirmières.

C'est dans ces conditions que nous allons examiner l'affaire du Docteur X..., de la demoiselle Y et de la clinique Z.

Rappelons d'abord les faits. Dans une clinique chirurgicale, une garde-malade y portait le titre d'infirmière au mépris des articles 474-475 et 482 du Code de la Santé Publique. C'est à cette personne que fit confiance le médecin-anesthésiste réanimateur, chargé de la prise de sang destinée au contrôle du groupe d'un malade, appelé à recevoir du sang étranger au cours d'une opération chirurgicale, et dont il avait été, par surcroît le médecin-traitant. Cette infirmière fit presque en même temps un second prélèvement sanguin sur un autre malade et se trompa dans l'apposition des étiquettes d'identification sur les deux récipients. Un des opérés s'est vu attribuer le groupe A⁺ au lieu du groupe O⁺ qui était le sien. Et le malade devait mourir des suites de l'incompatibilité de cette transfusion sanguine.

Le Tribunal Correctionnel de Toulouse, par jugement du 11 janvier 1960, J.C.P. 1960 - 11591 (note R. SAVATIER), D. 1960-662, condamna du chef d'homicide involontaire le Docteur X... et Melle Y et statuant sur les conclusions de la partie civile, admettait que la responsabilité de la mort incombait pour 2/3 au Docteur X et pour 1/3 à Melle Y, condamnait les deux au paiement des dommages-intérêts, déclarant le Docteur X civilement responsable de sa préposée Melle Y mais a mis hors de cause la clinique Z.. qui avait également été assignée comme civilement responsable de son infirmière.

Sur appel des deux prévenus, le ministère public et de la partie civile, la Cour d'Appel

de Toulouse, par arrêt du 7 juillet 1960, J.C.P. 1960 11871 (note R. SAVATIER) relaxe le Docteur X.. et confirme en son principe la condamnation de la garde-malade, Melle Y.. constate que la clinique n'est plus en cause d'appel et pour assurer l'indemnisation de la partie civile, déclare le médecin civilement responsable de la garde alias "infirmière" considérée comme sa préposée.

Le Docteur X.. parce que déclaré civilement responsable de Melle Y..., s'est pourvu en cassation, mais son pourvoi a été rejeté. Cass. Crim. 16 mai 1961, Bull. Crim. 1961-508, J.C.P. 1961-12315 (note SAVATIER).

L'arrêt de la Cour d'Appel de Toulouse est donc devenu définitif dans toutes ses dispositions, ce qui nous paraît regrettable. Cette affaire est très importante par les appréciations certes différentes, données par le Tribunal Correctionnel et la Cour d'Appel de Toulouse, la Cour de Cassation, n'ayant eu à statuer que sur le pourvoi du Docteur X... n'a pas eu à appliquer l'arrêté du 31 décembre 1947, complété par l'arrêté du 18 juillet 1956, ce qui lui aurait sans doute, permis de casser l'arrêt de Toulouse et de faire réexaminer l'affaire à nouveau par une autre cour.

Mais nous ne sommes pas juriste et nous examinons ces trois décisions sous l'angle purement médical. Cependant, pour une meilleure confrontation des idées, il nous paraît indispensable d'en donner seulement leur sommaire, qui est le résumé des points de droit de ces décisions, permettant de situer le problème et qui facilite aux non-juristes donc aussi à nous, leur lecture et leur compréhension ;

- Trib. Corr. de Toulouse
- Cour d'Appel de Toulouse
- Cour de Cassation

Trib.Corr. Toulouse

Sommaire : la prise de sang faite pour la recherche du groupe sanguin d'un malade en vue de la transfusion qui doit accompagner une opération chirurgicale, est un acte préparatoire à celle-ci, relevant normalement, dans l'équipe médicale, de la responsabilité du médecin-anesthésiste-réanimateur.

L'exécution de cette prise de sang ne peut être confiée par le médecin à n'importe quelle infirmière, mais seulement par application de l'arrêté du 18 juillet 1956, à une infirmière déterminée, dont il a personnellement vérifié la compétence eu égard aux difficultés de chaque cas particulier. Ainsi, au point de vue de la responsabilité encourue, l'infirmière, au moment où elle prélève le sang est la préposée du médecin et non de la directrice de la clinique.

Le médecin responsable de la transfusion sanguine commet le délit d'homicide involontaire lorsque, faisant effectuer par une infirmière non diplômée, une prise de sang destinée à classer le groupe sanguin d'un malade, en vue de la transfusion à recevoir par ce dernier lors d'une opération chirurgicale, il ne met pas spécialement en garde l'infirmière contre le danger mortel qu'engendrerait une confusion de prélèvement et ne lui donne pas d'instructions précises sur les précautions à prendre pour distinguer sans erreur le prélèvement fait, respectivement, le même jour, à deux malades.

Si une telle confusion a causé la mort d'un

de ceux-ci, la faute du docteur en qui ce malade avait placé toute sa confiance, qui, seul, savait le risque mortel d'une erreur de classement de groupe, et qui devait retirer le profit précuniaire et moral de l'intervention, apparaît comme plus lourde que celle de l'infirmière et doit être plus sévèrement sanctionnée.

Cour d'Appel de Toulouse

Sommaire : la garde-malade engagée par une clinique privée sous le titre d'infirmière, lorsqu'elle confond, dans son étiquetage, les flacons où elle a enfermé, en vue d'une analyse des groupes sanguins, le sang qu'elle a prélevé sur deux malades respectifs; causant ainsi la mort de l'un d'eux, dont le sang présente, par suite de cette erreur, une incompatibilité avec le sang de transfusion qu'on lui administre au cours d'une opération chirurgicale, commet une inattention, conséquence de la faiblesse humaine que n'importe quelle diplômée ou technicien eût pu commettre.

Elle seule doit donc être condamnée pour homicide par imprudence.

Et il ne peut être retenue de ce chef, aucune faute constitutive du même délit à la charge du médecin-anesthésiste-réanimateur, alors d'ailleurs que, si la garde-malade a fait, pour sa commodité, deux prélèvements de sang simultanés sur deux malades, elle n'avait été chargée de les faire que consécutivement, alors, en outre, que la garde-malade était employée depuis sept ans dans les milieux médicaux et les cliniques, alors enfin qu'il ne peut être imposé au médecin de suivre dans des détails infimes "l'infirmière" qui opère ainsi sur ordre et qui fait une opération banale d'ordre

courant, si l'on ne veut pas impossible toute délégation de fonction, si simple soit-elle, et exposer inévitablement à des poursuites pénales qui fera cette délégation.

On ne saurait retenir que la garde-malade n'avait pas de diplôme, ce qui rendrait à peu près impossible la marche des services hospitaliers en présence de la rareté des infirmières diplômées.

Cour de Cassation

Sommaire : une Cour d'Appel, si elle constate que le malade décédait à la suite d'une erreur d'étiquetage dans les flacons contenant le prélèvement de sang préparatoire à une transfusion sanguine avait été dirigé par son médecin traitant, sur la clinique employant l'infirmière responsable de l'erreur, si elle relève en outre que le médecin traitant avait pris, dans l'opération, les fonctions de médecin-anesthésiste-réanimateur et que c'est lui qui a donné à ce titre, à l'infirmière, l'ordre de prise de sang, peut lui reconnaître la qualité de commettant de l'infirmière fournie par la clinique, et cela sans qu'il y ait lieu de s'attacher au caractère "d'opération bénigne et d'ordre courant" par lequel l'arrêt qualifie la prise de sang.

Après lecture de ces trois décisions, nous pouvons retenir que le médecin-anesthésiste-réanimateur se doit de peser tous ses gestes et ordres. Car la jurisprudence dans le cas d'espèce a abouti à des arrêts quelque peu versatiles et branlants.

- Le Tribunal Correctionnel de Toulouse avait donc prononcé deux condamnations pour homicide par imprudence l'une contre la garde, l'autre contre le médecin anesthésiste-réanimateur

qui avait été déclaré aussi civilement responsable de sa préposée. Par contre, la responsabilité civile de la clinique et pénale de la directrice avait été mise hors de cause, bien qu'elles se soient prêtées à l'usurpation par une garde malade inattentive et ignorante de la qualité et des fonctions d'infirmières.

- la Cour d'Appel relaxe le médecin-anesthésiste mais ce qui paraît alors illogique c'est que l'on retienne alors sa responsabilité civile en tant que commettant de sa préposée. Car deux solutions se présentaient :

- ou bien la prise de sang est un acte médical qui ne saurait être confiée qu'à des auxiliaires médicaux qualifiés mais alors la relaxe du médecin par la Cour de Toulouse devient incompréhensible

- ou bien la prise sanguine est un acte "banal et d'ordre courant" pouvant être confiée à une infirmière et faisant partie des soins pré et post-opératoires hospitaliers et, par conséquent (puisque c'est un fait acquis) engageant la responsabilité de la clinique et dans ce cas, on ne voit pas pourquoi le médecin s'est vu attribuer la qualité de commettant de la garde-malade.

En résumé, toute cette affaire doit inciter les médecins-anesthésistes à la plus extrême prudence, car qui sait ce que la jurisprudence de demain leur réserve.

- IV -

LES POURSUITES CIVILES ET PENALES
CONTRE LES MEDECINS-ANESTHESISTES

-:-

Nous avons vu tout au long de ces pages, l'importance qu'accordait la Jurisprudence à la notion de contrat. Si donc les médecins-anesthésistes veulent devenir responsables, ils ne le seront qu'au prix de ce contrat avec le malade, ce contrat qui leur permettra d'être condamné pour les actes qui ressortent de leur seule responsabilité et de les inciter à la prudence car les conséquences judiciaires civiles ou pénales ne sont agréables à personne. Et à cette occasion nous voudrions rapporter quelques jugements ayant entraîné des sanctions civiles et pénales. Dans une première partie nous citerons deux décisions de justice ayant trait à l'expression de la douleur en anesthésie, la seconde partie étant consacrée à des jugements relatifs aux explosions par cyclopropane.

A) L'expression de la douleur en anesthésie

1°- Dans la première espèce, il s'agit d'un chirurgien qui a été poursuivi pour avoir mal interprété l'expression de la douleur vivement invoquée par la malade au cours d'une anesthésie par un barbiturique.

Le Docteur X... était appelé au chevet d'une dame Z... présentant une hémorragie importante

après fausse couche. Il la fit transporter en clinique à l'effet de procéder à un curetage. En vue de réaliser cette intervention, le Docteur X.. procéda lui-même à l'anesthésie en pratiquant une injection de barbiturique. La malade déclare de façon véhémement que l'injection était très douloureuse et continua à se plaindre jusqu'au sommeil. L'intervention faite, le Docteur X.. constata que l'avant-bras de la patiente présentait des phénomènes de gangrène. Il fallut pratiquer une amputation trois jours plus tard ; la dame Z.. saisit le juge d'Instruction pour délit de blessures involontaires. Le 31 mai 1960, le Tribunal Correctionnel de Nancy déclare le Docteur X.. coupable du délit reproché et le condamne à la peine d'une amende et dommages et intérêts. Le Docteur X.. fait appel et la Cour d'Appel de Nancy, le 20 décembre 1960 confirma le précédent jugement (note R. FONTAINE, P.M. 16 décembre 1961, suppl. au n°54 et Acta Tome X, 1961, p.176, (note R. FONTAINE)).

"Attendu qu'appelé le 17 mars 1956 auprès de la dame Z.. qui à la suite d'une fausse couche, souffrait d'hémorragie, le Docteur X.. fait transporter cette dernière en clinique en vue d'un curetage et vers 11 h 30 amorça son anesthésie par une piqûre intra-veineuse de N... à l'avant-bras gauche. Attendu que, dès le début, la patiente réagit vivement à la piqûre en disant aussitôt au docteur "vous me faites mal, vous me coulez de l'acide dans le bras et la main", que le docteur répondit "laissez-vous faire et comptez" que la dame obéit et compte jusqu'à 37 en continuant à témoigner de vives douleurs". Néanmoins, elle cessa de compter à 38, elle subit le curetage et puis quand elle se réveilla on constata que l'amputation du bras devenait nécessaire.

Attendu que, s'il n'y eut ni défaut d'adresse ni de précaution dans la ponction vasculaire, il y eut erreur de continuer à injecter le produit malgré la réaction de la malade; toute douleur à l'injection du "penthiobarbital" commandant l'arrêt de l'injection,

que l'amputation de l'avant-bras gauche de la dame fut la conséquence de l'injection de "penthiobarbital" pratiquée par le Docteur X..

Attendu que le médecin est responsable des suites dommageables des soins qu'il prodigue aux malades si, en raison des obligations qui lui incombait, il s'est rendu coupable d'une imprudence d'une négligence ou d'une inattention dont la relation de cause à effet est démontrée avec le dommage subi par la victime".

"Attendu en l'espèce, qu'il résulte des conclusions formelles des experts, que toute injection de penthiobarbital doit être indolore, et que la survenue d'une douleur commande l'arrêt immédiat de l'injection en raison des troubles graves qui vont survenir tels que spasmes vasculaires pouvant entraîner la gangrène du membre injecté, que le Docteur X... a pris le risque d'exposer sa malade aux suites qui se sont manifestées, qu'il a, ce faisant commis une faute qui a été la cause du dommage corporel subi par la dame Z... et ne peut, en conséquence, qu'être retenu dans les liens de la prévention".

Le Docteur X... n'étant point satisfait, se pourvoit en Cassation. La Chambre Criminelle confirmait le 12 juillet 1961 l'arrêt de la Cour d'Appel (Cass. Crim. Bull. Crim. 1961-636 P.M. 16 décembre 1961, suppl. au n°54 (note R. FONTAINE) en des termes à peu près semblables.

En effet, elle estime que la faute du praticien est due à la coexistence de trois éléments : l'injection d'un produit qui doit être indolore, la poursuite de l'injection malgré les plaintes de la malade et enfin, la gangrène qui surviendra par suite.

L'Arrêt de la Cour de Cassation a ceci d'original qu'il inclue, dans l'appréciation de la responsabilité, la notion de subjectivité fournie par la malade elle-même et cela n'est pas sans conséquence, car; en effet, supposons qu'un malade se plaigne à peine et peu de temps, le médecin sera-t-il responsable pour avoir méconnu une douleur insignifiante à ses yeux ? La Cour dit sur la suggestion des experts, que toute injection de "penthiobarbital" est indolore et que la survenance d'une douleur commande l'arrêt de l'injection. Elle n'analyse pas la qualité de la douleur, elle en constate simplement l'existence.

2°- Le deuxième jugement rendu sous la présidence de Monsieur KORNPROBST, (par ailleurs auteur du livre : Responsabilités du médecin devant la loi et la Jurisprudence française) par le Tribunal de Nice, le 9 mai 1961; expose (Jugement inédit : Acta Tome X, 1961, 1-176 (note R. FONTAINE) P.M. 30 décembre 1961, suppl. au n°57 (note R. FONTAINE)).

Une dame Z.. devait subir une intervention chirurgicale pour pan-sinusite bilatérale polypeuse. Le chirurgien appela auprès de sa cliente un médecin-anesthésiste qualifié : celui-ci, qui avait examiné la malade la veille de l'opération et prescrit une prémédication, commença l'anesthésie par une injection intra-veineuse de "Pentothal" ; ne trouvant pas la veine du pli du coude, il injecta le produit dans une veine de la face supérieure

de la main. La piqûre commença et la malade se mit à hurler. L'injection fut néanmoins poursuivie et achevée, malgré les plaintes toujours violentes de la malade que le médecin traita de pusillanime. Les suites post-opératoires révélèrent l'existence d'une gangrène qui nécessita l'amputation du pouce et de l'index gauche. La malade porta plainte et le Tribunal après une expertise condamna le médecin-anesthésiste le 9 mai 1961 à la peine d'une amende avec sursis. Voici quelques extraits des attendus :

"Attendu qu'il résulte du rapport d'expertise médico-légal déposé au Greffe le 7 mars 1960, par le Professeur S..., régulièrement commis par ordonnance, et après avoir pris connaissance de tous les documents de la procédure ainsi que du dossier médical de la partie civile, que la dame Z... est entrée à la clinique, etc.. pour être opérée le lendemain par le Docteur Y... d'une pan-sinusite bilatérale polypeuse : que le 15 janvier 1958, à huit heures, elle a été placée sur la table d'opérations où X, l'anesthésiste, docteur en Médecine, Anesthésiste-réanimateur spécialiste, lui plaça un garrot au bras gauche aux fins de procéder à une anesthésie générale par injection de Penthotal ; qu'il rechercha dans ce but, une veine au pli du coude gauche et ne l'ayant pas trouvé procéda à cette injection au niveau du poignet gauche ; que dès le début de l'injection, la dame Z... accusa des douleurs si violentes qu'elle ne put réprimer des cris qui furent perçus du chirurgien en train de revêtir sa tenue d'opérateur dans une pièce voisine, et qui frappé du caractère anormal de ces plaintes, envoyait son infirmière s'enquérir de ce qui les provoquait, que sans tenir compte de ces douleurs anormales, le Docteur X.. anesthésiste, qui avait pris par erreur une artère pour une veine,

poursuivit l'injection de Penthotal et obtint le sommeil de l'opéré ; que le chirurgien constate cependant, pendant l'opération, que la malade ne dormait pas de façon satisfaisante ; et attendu qu'en vue de procéder le 15 janvier 1958 à l'anesthésie de l'opérée, l'anesthésiste avait procédé en effet, lui-même, à un examen clinique complet le 14 janvier dans la soirée et vérifié spécialement la tension artérielle ; que n'ayant rien remarqué d'anormal il avait prescrit l'administration à la malade de Soneryl, de Phénergan de Dolosal et d'Atropine, médicaments appropriés lorsqu'il y a lieu de procéder à l'intubation trachéale, ainsi qu'il était nécessaire précisément, au cours de l'intervention chirurgicale décidée ...

"Attendu que le prévenu prétendant n'avoir pas trouvé de veine injectable au pli du coude gauche, il y a lieu de relever à cet égard que son examen a été superficiel et rapide ; que dame Z.. est en effet donneuse de sang professionnel à Monaco ; qu'elle a subi, à plusieurs reprises, depuis l'opération et avait subi déjà à de nombreuses reprises, avant l'accident dont elle a été victime, des prises de sang au moyen d'une aiguille placée dans une veine choisie, précisément au pli du coude gauche ; que, de plus, l'expert lui-même a constaté qu'en dépit d'une certaine adiposité de ses tissus, la partie civile possédait, au pli du coude gauche, une veine parfaitement décelable ; que, dans la mesure où, au matin du 15 janvier 1958, par suite de circonstances fortuites dont la matérialité n'a, d'ailleurs, pas été établie, cette veine a pu, momentanément être plus difficile à découvrir, il restait au docteur X... dûment informé des risques de l'anesthésie à laquelle il fallait procéder à l'aide d'un liquide alcalin chez une malade à qui avait été administrée la prémédication

prescrite par lui-même, à dénuder une autre veine afin de procéder normalement à l'injection de Penthotal ;

"Attendu que le Docteur X.. déclare à cet égard qu'habitué à la pusillanimité de nombreux opérés, il a négligé le caractère anormal de cette douleur, croyant qu'elle allait se calmer et a poursuivi l'injection ; attendu que, contrairement, à ce qu'il prétend, le sommeil n'apparut cependant qu'au bout d'un temps anormalement long ; qu'il apparut en outre du rapport de l'expert que si le Docteur X..., anesthésiste-réanimateur de profession, avait signalé au chirurgien et au radiologue, la gravité de cet incident qui n'a pu lui échapper, l'intervention eut certainement été ajournée pour permettre de procéder, sur l'heure et sans retard, à l'administration de soins et d'antidotes depuis longtemps classiques, dont contrairement, à l'opinion généralement admise, le Docteur X..., prétend, sans justification, qu'ils auraient été impuissants à arrêter le processus gangréneux d'ores et déjà, dit-il, irréversibles ... ;

Le Tribunal fait grief de son imprudence à l'anesthésiste en ces termes : "attendu que l'expert retient encore que les accidents artériels provoqués par des injections de Penthotal, bien que rares, sont parfaitement connus tant en France qu'à l'étranger, et que si une erreur peut être, à cet égard, excusable chez un anesthésiste non spécialisé, le diplôme d'anesthésie-réanimateur l'exclut en imposant des devoirs particuliers à celui qui le possède que le malade qui a recours à lui est fondé à se croire à l'abri de tels risques en se fiant totalement à sa compétence et à son expérience ; que si, dans une certaine mesure, l'accident survenu au cours de l'anesthésie de

dame Z... peut être rattaché à un concours malheureux de circonstances, notamment, dit l'expert, à l'existence d'une artère radio-palmaire anormalement développée, la faute commise par l'anesthésiste est d'autant moins contestable sur ce point encore, que spécialiste chevronné d'anesthésie-réanimation, il avait lui-même examiné la malade dans la soirée du 14 janvier, choisi et prescrit la médication pré-opératoire, et à l'instant de l'opération, placé le garrot à son bras gauche, avant de procéder à l'injection ; qui ne devait donc pas négliger le signe et l'avertissement que constituait pour lui le caractère anormal de la réaction douloureuse provoquée par l'introduction de l'aiguille dans ce qu'il a cru être une veine du poignet, et qui, en réalité était une artère ; que, sans doute, à l'endroit choisi par lui, la confusion d'une artère et d'une veine ne constitue pas en soi une faute inexorable au point de vue professionnelle ; en revanche, les signes certains de cette confusion et les conséquences particulièrement graves que pouvait avoir l'injection pratiquée dans une artère au lieu d'une veine étant connu du prévenu, ce dernier en continuant l'injection dans des conditions qui provoquèrent des cris répétés de douleurs chez la malade, au point d'alarmer le chirurgien, a commis une négligence et une imprudence qui jointes à la maladresse qu'il avait commise, et qu'il aurait pu facilement réparer, constitue en marge du contrat de soins médicaux qui le liait à la partie civile, le délit prévu et réprimé par les articles 319 et 320 du Code Pénal" .

Comme dans la décision précédente, le Juge répressif rend l'anesthésiste responsable d'avoir méconnu la réaction douloureuse de la malade, en se basant sur l'existence d'une vérité scientifique : l'injection de pentothal

est indolore. Cela suffit. Et même s'il existe une origine anatomique rare, qui peut être considérée comme circonstance atténuante, la responsabilité de l'anesthésiste ne peut être écartée.

Soulignons la valeur de ce jugement qui met en relief les principes de la responsabilité du médecin-anesthésiste en illustrant les composantes du délit théorique que précise l'article 320 du Code Pénal.

B) La loi et les explosions dues au cyclopropane

Dans cette seconde partie, nous voudrions insister, une fois de plus, sur les poursuites pénales auxquelles les médecins-anesthésistes peuvent s'exposer en prenant ici pour illustration deux décisions traitant de la responsabilité de l'anesthésiologiste au cours d'explosions dues au cyclopropane.

Mais, disons tout de suite que, si les sanctions pénales existent, elles sont toutefois rares, car les tribunaux se montrent très prudents et ne condamnent pénalement un anesthésiste que lorsque la négligence ou l'imprudence est certaine de sa part.

I - La Cour d'Appel de Paris, le 17 mai 1962 (Gaz. Pal. 1962-2-173) sur appel d'un jugement du 4 juillet 1961 du Tribunal de la Seine qu'il confirme, conclut qu'en cas de décès d'un patient, au cours d'une intervention chirurgicale, en suite d'une explosion due à la détonation d'un mélange air-cyclopropane, provoquée par une décharge électrique qui s'est produite au niveau de la soupape du circuit d'expiration de l'appareil à anesthésie générale utilisé par l'anesthésiologue, celui-ci doit être

relaxé dès lors qu'on ne peut attribuer l'explosion à sa négligence ou à une imprudence certaine de sa part.

Il nous paraît intéressant de retenir de cet arrêt (qui analyse avec soin et précision les circonstances de survenue de l'explosion, les conditions d'utilisation de l'appareil) :

- que le juge pénal doit rechercher le fait constitutif d'une faute entrant dans le cadre de l'article 319 du Code Pénal

- que même en matière doncontractuelle (c'est-à-dire purement civile du fait personnel du médecin) pour que la responsabilité du médecin soit engagée il ne suffit pas qu'un dommage soit causé à l'occasion du contrat, qu'il est indispensable que soit établi que le dommage résulte d'une inexécution d'une des obligations créées par le contrat.

- que la Cour, en se référant aux conclusions de l'Académie de chirurgie, admet que le danger d'explosion est accepté par toute la technique moderne et confirme que toute anesthésie comporte des risques de mort.

II - Par contre, nous citerons un jugement de condamnation retenant la responsabilité pénale de l'anesthésie du chef d'homicide involontaire le condamnant à 2 mois d'emprisonnement avec sursis et 2.000 Fr d'amende (Trib.Corr. Seine 16° Ch.- 8 janvier 1964 Gaz.Pal. 28.2.1964) - Malgré cette lourde condamnation le médecin anesthésiste n'a pas relevé appel ; le jugement est donc définitif. Voici les faits : dans le bloc opératoire d'une clinique alors qu'on opérait une fillette d'un strabisme, une violente explosion se produisit qui provoqua la mort de l'enfant. L'explosion avait été provoquée par l'inflammation au con-

tact du galvano-cautère du chirurgien, d'un mélange explosif de cyclopropane et d'oxygène. Voici le sommaire de ce jugement :

- "Lorsqu'un médecin entreprend de traiter un malade ou infirme, il ne contracte pas à son égard une obligation de le guérir, la médecine humaine ne permettant pas, malgré ses progrès certains, de prendre de tels engagements ; le médecin n'a donc point d'obligation de résultat, mais une obligation de moyens, obligation cependant rigoureuse, étant donné que les tribunaux retiennent depuis longtemps déjà, à l'encontre de son auteur, la faute la plus légère dès lors qu'elle a causé un dommage à autrui. Le médecin a donc obligation de prendre le maximum de précautions et de soins, compte tenu de l'état de la science et des techniques, pour conserver la vie et la santé des malades.

Est pénalement responsable de l'explosion qui a entraîné la mort du patient l'anesthésiste qui connaissait les dangers de l'utilisation du cyclopropane en présence du bistouri électrique. Dans ces conditions, si l'utilisation du cyclopropane au cours de la phase préparatoire de l'opérations, dans le seul but de rendre imperceptible au patient la piqure intra-veineuse qui débutait la véritable anesthésie par administration de pentothal additionné de flaxedil ou de gallamine, ne saurait constituer une faute, la prudence la plus élémentaire commandait non seulement d'enlever l'obus de cyclopropane de l'appareil d'anesthésie, mais de la sortir de la salle d'opération avant le début de la phase opératoire.

- Il apparaît vain et inutile de rechercher si le gaz est parvenu en cours d'opération dans les voies respiratoires de l'opérée fortuitement comme le soutient le prévenu, ou par sui-

te de nouvelles fautes de ce dernier, comme le pensent les experts (administration de cyclopropane en cours d'opération ou utilisation de matériel inadéquat).

- Il suffit au Tribunal de constater que non seulement l'anesthésiste n'a pas pris le maximum de précautions possibles pour conserver la vie et la santé de l'opéré, mais en négligeant d'écarter l'obus de cyclopropane de la salle d'opération dès que sa présence n'était plus utile, en tout cas avant le début de la phase opératoire, a commis une faute lourde en relation directe de cause à effet avec l'explosion qui a provoqué la mort du patient".

Dans ce jugement, le médecin-anesthésiste a été sévèrement condamné pour homicide involontaire. La faute était patente (les experts disaient d'ailleurs dans leur conclusion : "La constitution de ce mélange (cyclopropane oxygène) est la conséquence d'une imprudence du Docteur X .. qui avait laissé une bouteille de cyclopropane branchée sur l'appareil, alors qu'il aurait dû cesser de l'utiliser depuis plus de quarante minutes").

"Il est très vraisemblable que, contrairement à ses déclarations, le Docteur X... a administré du cyclopropane quelques minutes avant l'explosion, la jeune opérée présentant des signes de réveil".

Nous aimerions à ce propos souligner le rôle des experts de façon générale et dans le cas particulier (notamment quant à leur hypothèse) dans le déroulement d'un jugement. Mais le Tribunal dit : peu importe, il suffit de constater que le médecin a commis une faute en relation directe de cause à effet avec l'explosion.

Et ceci est à rapprocher du même principe que la faute contractuelle (c'est-à-dire purement civile du fait personnel du médecin): "toute faute du médecin engage sa responsabilité en vertu de l'article 1147 du Code Civil" (Cass. Civ. 30 octobre 1963, Gaz. Pal. 1964-1-8). La responsabilité contractuelle du médecin est engagée s'il est établi à sa charge une faute quelconque (imprudence, inattention, négligence).

- V -

COUP D'OEIL A L'ETRANGER

-:-

Nous voudrions, avant de conclure l'étude de la responsabilité de l'anesthésiologiste en France, faire une rapide incursion à l'étranger.

Il a été écrit (M. MAROGER) "on dit souvent en France (dans les milieux médicaux en particulier) que les militaires sont toujours en retard d'une guerre ... Ceux-ci qui parlent toujours "d'équipe chirurgicale" sont en retard des deux : car cette notion est directement issue de l'avant dernière guerre. Si on avait voulu voir sans parti pris ce que les "Anglo-Saxons" nous apportaient de nouveau en anesthésie, il avait fallu constater que leurs spécialistes "jouissaient de prérogatives, identiques à celles des chirurgiens et ne supportaient aucun lien de subordination".

En effet, il suffit de parcourir l'admirable "Anesthesia and the Law" de Carl Erwin Wasmuth pour comprendre à quel point les médecins-anesthésistes français se trouvent placés dans une position retardataire et désavantageuse. L'introduction à elle seule y suffit: "The development of anesthesiology as a bona fide medical specialty has produced new facets to the traditionnel patient-physician relationship. The anesthesiologist himself is directly responsible to the patient for certain aspects

of his professional acts. This responsibility is recognized by law, and the anesthesiologist cannot evade it by hiding behind the surgeon's gown".

Mais voyons un peu plus en détails. Les droits et les devoirs de l'anesthésiologiste et du chirurgien sont parfaitement définis. Les deux spécialités travaillent dans un même but, mais chacun est autonome dans le cadre de sa spécialité.

L'anesthésiste vis-à-vis du malade, est considéré comme le médecin qu'il est réellement et comme tel, se doit de remplir certaines obligations. Tout d'abord la notion de contrat-anesthésiste-patient est primordial à tel point que certains hôpitaux ou cliniques n'hésitent pas à fournir des imprimés (de rédaction différente selon le type d'intervention projetée) que les malades ou leurs représentants doivent signer donnant ainsi leur consentement à subir l'opération et l'anesthésie envisagées et ceci en présence d'un témoin (infirmière le plus souvent) et avant toute prémédication (hormis les cas d'urgence) l'anesthésiste ayant ainsi le devoir "to use reasonable care, skill and diligence".

Lors de la visite pré-opératoire, non seulement il lui faut reconstituer les antécédents du malade et pratiquer un examen médical, mais encore expliquer à ce dernier, dans la mesure du possible, le type d'anesthésie et les agents anesthésiques qu'il emploiera, enfin créer un climat de confiance.

Pendant la durée de l'anesthésie, les mêmes principes de soin, d'attention et d'habileté régissent les actes de l'anesthésiste, tant dans l'emploi du matériel et des agents anesthésiques que dans la protection du corps hu-

main (protection des membres relâchées, des dents ...) et sa tâche de se poursuivre dans le même état d'esprit pendant le réveil et dans la période post-opératoire. Car, en effet, ayant un contrat personnel avec le malade, le médecin-anesthésiste est responsable devant les tribunaux de tous les accidents ou incidents ayant trait à sa spécialité, aussi bien ceux résultant de son propre fait que ceux survenus du fait du personnel qu'il a sous ses ordres.

Quant à ses relations avec le chirurgien, elles sont également bien définies. Si le chirurgien, il y a quelques années, était encore le maître suprême de la salle d'opérations, "the captain of the ship", les temps ont changé et la jurisprudence à différentes reprises a affirmé la place, le rang occupé par l'anesthésiologiste dans la salle d'opérations :

"... legally owing the same degree of care to the patient, exercises his professional duties concurrently with the surgeon ... Surgeons and anesthesiologists are specialists ; both are required to render to their patients care of a high quality ... The presence of the medical anesthesiologist in the operating room does not create an agency between the surgeon and the anesthesiologist, nor is one the servant of the other. Each has his own contractual relationship to the patient. The duties of each evolve solely in contract ... The surgeon has a contract with the patient to perform a certain operation ; the anesthesiologist too, has a contract with the patient for the administration of anesthesia".

Donc il existe une séparation totale : deux médecins, deux spécialistes, à chacun sa partie, ses devoirs vis-à-vis du patient, mais pas de lien de subordination entre eux deux : "But

this duty is to the patient, and it in no way unites the anesthesiologist and the surgeon in a legal duty or status. This is not to say, however, that legal duties cannot be interposed. In most cases, the sharing of legal responsibility is left to the code of ethics of the medical profession. As such, it cannot be construed as a legal duty".

La situation ainsi définie est claire et nette et le chirurgien en aucun cas ne peut être tenu responsable des fautes commises par l'anesthésiste. "The surgeon is not liable for the negligent acts of the anesthesiologist" et l'inverse est vrai également.

Nous pensons que ces quelques extraits sont suffisamment convaincants, d'autant plus que si nous avons pris les "Anglo-Saxons" pour exemple, ils ne détiennent pas à eux seuls le monopole de cet état de choses. D'autres nations se sont efforcées d'arriver au même résultat. Nous ne ferons que citer ici un texte allemand (parmi tant d'autres) : "Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anæsthesist und Operateur" de Walther Weissauer (Der Anaesthetist juillet 1962 - tome XI - n°7) dont les conclusions sont supersposables à celles des "Anglo-Saxons".

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

L'anesthésie française, nous le savons, se trouve actuellement à un tournant décisif de sa carrière, du moins en ce qui nous concerne, c'est-à-dire le plan de la légalité par comparaison aux pays étrangers. Nous ne sommes pas ici pour faire le procès ni des anesthésiologistes ni de la jurisprudence française ; mais enfin cette situation est inconcevable à l'heure actuelle car même s'ils ne sont encore que des "débutants" d'une dizaine d'années, les médecins-anesthésistes français doivent choisir le parti qu'ils veulent prendre. Sont-ils des enfants à qui la tutelle du chirurgien sert de paravent protecteur en assurant leur responsabilité parce qu'ils ne veulent pas d'ennuis, ou bien des hommes, des adultes capables d'assurer leurs devoirs et de ce fait, d'engager leur responsabilité au prix des conséquences qu'elle peut entraîner ? Car, en fait, la Jurisprudence française, encore toute recouverte de la houppe des traditions ancestrales, ne sait trop quelle attitude adopter vis-à-vis de ces "juniors", elle hésite encore fortement. En effet, si nous avons vu que quelques décisions arrivent à un essai timide de dégagement de la responsabilité du médecin-anesthésiste devant la loi, la bataille est loin d'être gagnée, ainsi qu'en témoigne le plus récent jugement, à notre connaissance, en cette matière, puisqu'il a été rendu par le Tribunal de Grande Instance de Bordeaux le 26 février 1964

qui, tout en écartant la faute personnelle du chirurgien, le rend cependant civilement responsable de la faute professionnelle du médecin-anesthésiste qu'il a choisi.

Un exposé des faits un peu plus détaillé s'impose. Dans une clinique privée, une demoiselle Z... après avoir subi une intervention chirurgicale conduite par le Docteur X... chirurgien et être anesthésiée par le Docteur Y... médecin-anesthésiste, alléguait des fautes caractérisées des deux praticiens, qui n'auraient pas procédé avec toutes les précautions désirables, non pour l'acte opératoire lui-même mais pour ses accessoires, c'est-à-dire pour l'injection intra-veineuse d'un anesthésique, ayant entraîné le développement d'un processus gangréneux du bras qu'il a fallu amputer. Elle accusait notamment :

- le chirurgien : de ne l'avoir pas avertie des risques particuliers, inhérents à un procédé d'anesthésie relativement nouveau et qui devait être utilisé avec précaution,

l'absence d'examens, préalables à l'anesthésie, des vaisseaux veineux de sa personne,

enfin, un défaut de surveillance post-opératoire,

- quant au médecin-anesthésiste : elle lui reprochait

un défaut d'examen préalable en particulier de son système vasculaire,

le choix inutile d'un produit anesthésique particulièrement nocif,

le choix, pour lieu d'injection, en violation des prescriptions impératives concernant l'emploi du produit anesthésique, d'une veine de faible débit, ayant déjà été utilisée pour des

injections antérieures et enfin il aurait réalisé, hors de la veine, une injection qui devait être pratiquée "strictement intra-veineuse".

Le Tribunal a décidé qu'à l'égard du chirurgien, le Docteur X... l'action de la demoiselle Z... devait nécessairement se situer dans le cadre de la responsabilité contractuelle, en vertu de l'obligation de moyens, née du contrat médical, formé avec sa cliente et qui pèse sur le praticien. Par contre, quant à l'action de la demoiselle Z.. contre l'anesthésiste, le Docteur Y.., elle ne pouvait être qu'une action en responsabilité quasi délictuelle, aucun contrat médical indépendant n'ayant pu se former entre la malade et le Docteur Y...

Le Tribunal avant de statuer au fond, a ordonné une mesure d'expertise. Après l'exécution de celle-ci, il conclut de la façon suivante :

1) Sur la responsabilité contractuelle du Docteur X...

Le Tribunal rejette l'action en responsabilité de la demoiselle Z.. en tant qu'elle est dirigée personnellement contre le Docteur X.., chirurgien, attendu qu'ainsi, au résultat des opérations d'expertise, la demoiselle Z... n'a pu rapporter la preuve qui lui incombe, de fautes caractérisées du Docteur X... attestant une méconnaissance certaine de ses devoirs, une imprudence, une inattention ou une négligence, eu égard à l'état actuel de la science et aux règles consacrées de la pratique médicale.

2) Sur la responsabilité quasi délictuelle du Docteur Y.., médecin-anesthésiste :

Attendu que les médecins experts après avoir écarté comme difficile et même impossible à admettre l'hypothèse d'une ulcération de la paroi veineuse, qui aurait amené l'issue du liquide en dehors de la veine, considèrent que la seule hypothèse admissible est un glissement de l'aiguille, sous l'influence d'un mouvement intempestif de l'anesthésiste ou de la malade et qu'en conséquence, la demoiselle Z... a prouvé, sur le terrain de la responsabilité quasi délictuelle, une maladresse qui constitue une faute personnelle caractérisée du médecin-anesthésiste, que la responsabilité du Docteur Y.. est engagée de ce chef.

3) Sur la responsabilité du Docteur X..., en sa qualité de commettant du Docteur Y...

Attendu qu'aux termes du jugement du ..., le Tribunal a retenu que la demoiselle Z..., qui ne connaissait pas auparavant le Docteur Y.. ne l'a pas choisi et n'a pas eu, même tacitement, à ratifier son choix, dès lors qu'il s'agissait de l'anesthésiste habituel du Docteur X.. attaché en permanence au chirurgien

Attendu que la malade n'avait nullement la possibilité de refuser l'intervention de l'anesthésiste, que le chirurgien s'était adjoint pour l'assister

Attendu que le chirurgien est responsable des conséquences dommageables résultant de la faute commise par l'anesthésiologue, lorsque celui-ci est choisi par lui, sans que ce choix ait été ratifié par la patiente, et lorsqu'il agit sous le contrôle du chirurgien,

qu'en effet, investi de la confiance d'une personne sur laquelle il va pratiquer une opération, et tenu, en vertu du contrat qui le lie à cette personne, de faire bénéficier

celle-ci, pour l'ensemble de l'intervention, de soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science, le chirurgien répond des fautes que peut commettre le médecin auquel il a recours pour l'anesthésie et qu'il se substitue, en dehors de tout consentement du patient, pour l'accomplissement d'une partie inséparable de son obligation.

Attendu, en conséquence que le Docteur X... est responsable, en qualité de chirurgien, des conséquences dommageables de la faute professionnelle caractérisée établie à l'encontre du Docteur Y... son préposé.

Attendu qu'il existe donc une obligation "in solidum" du Docteur Y.. et du Docteur X.. en qualité de chirurgien, quant à la réparation du dommage subi par la demoiselle Z..; que le Docteur Y.. et sa compagnie d'assurances, le Docteur X.. et sa compagnie d'assurances sont tenus "in solidum" de cette obligation. (Dans le cas d'espèces, le chirurgien a eu recours contre l'anesthésiste, c'est-à-dire, qu'en dernier ressort c'est la compagnie d'assurances de l'anesthésiste qui dédommage la malade).

On peut conclure de ce jugement que la Jurisprudence française n'est pas prête à libérer le médecin-anesthésiste de l'emprise, de la suprématie du chirurgien. Nous ne voudrions pas dépeindre un avenir trop noir, mais la lutte s'annonce dure, serrée entre les deux parties. Et si les tribunaux actuels jugent encore sur des bases trop fragiles, c'est aux anesthésiologistes de leur donner l'impulsion nécessaire pour qu'ils arrivent à la hauteur des circonstances, en les mettant devant le fait accompli.

En parlant d'impulsion, nous pensions essentiellement à la notion de contrat qu'ils doivent absolument réaliser avec la malade, un contrat personnel, anesthésiste-patient (nous venons d'en voir encore une fois la valeur dans ce récent jugement). Non moins importantes sont les visites pré-anesthésiques, la surveillance attentive, prudente, consciencieuse per- et post-opératoire, tant et si bien que la seule responsabilité de l'anesthésiologue se trouvera engagée à bon escient, par ses faits de négligence, d'imprudence ou de méconnaissance des données acquises de la science. Car c'est en affirmant ses devoirs qu'il acquerra ses droits. Et ce n'est qu'à ce prix que la Jurisprudence française arrivera à confirmer, défendre et protéger la responsabilité des médecins-anesthésistes, leur donnant ainsi les titres de noblesse auxquels ils ont droit dans leur pays et par là-même l'égalité vis-à-vis de leurs confrères étrangers.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : M. GAULTIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ABREVIATIONS USUELLES EMPLOYEES

- Acta : Acta de l'Institut d'Anesthésiologie
- Anesthésiologie : Anesthésiologie, Bulletin du Syndicat National des Anesthésiologistes français
- Annales : Annales de l'anesthésiologie française
- Bull. Cass. Bulletin des Chambres Civiles de la Cour de Cassation
- Bull. Crim.: Bulletin de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation
- C.A. : Cour d'Appel
- Cass.: Cour de Cassation
- Cass. Civ. Cour de Cassation, Chambre Civile
- Cass. Crim.: Cour de Cassation, Chambre Criminelle
- Cass. Req.: Cour de Cassation, chambre des Requêtes
- Cons. d'Etat : Conseil d'Etat
- D : Recueil Dalloz
- Gaz.Pal : Gazette du Palais
- Gaz. Trib.: Gazette des Tribunaux
- J.C.P.: Juris Classeur Périodique, Semaine Juridique
- P.M. : Presse Médicale
- Rec.Douai : Recueil de Douai
- Rec. Rouen et Caen : Recueil de Rouen et Caen
- Rev.trim. dr.civ.: Revue trimestrielle de droit civil
- S : Recueil Sirey
- T : Table semestrielle

- T.Q. : Table quinquennale
- Trib.Civ.: Tribunal Civil
- Trib.Confl.: Tribunal des Conflits
- Trib.Corr. : Tribunal Correctionnel
- V° : verbo

°°°

- Professeur J. BAUMANN : Revue du Praticien (1er janvier 1959, tome IX, n°1, p.6)
- Maître Raymond FONTAINE, avocat à la Cour de Paris, notes parues dans : Acta, Anesthésiologie, Annales et Presse Médicale (qs.Références dans les décisions citées)
- Louis KORNPROBST : Responsabilités du médecin devant la Loi et la Jurisprudence française (Flammarion 1957)
- Dr. M. MAROGER : Bulletin du Syndicat National des Anesthésiologistes français n°10 décembre 1955.
- R. et S. SAVATIER : J.M. AUBY et Dr.PEQUIGNOT Traité de Droit Médical, Librairies Techniques Paris 1956
- Carl Erwin Wasmuth, MD. LLB : Anesthesia and the Law 1961, by Charles C Thomas-Publisher-Springfield - Illinois U.S.A.
- Walther WEISSAUER : Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anaesthesist und operateur (Der Anaesthesist, juillet 1962, tome XI, n°7, p.239).

TABLE DES DECISIONS

(rapportées et classées par ordre de date
avec indication des références de publication)

- :-

- 18 juin 1835 : Cass.S. 1835-I-40I avec les conclusions du Procureur Général DUPIN
- 21 juillet 1862 : Cass. Req.S.1862-I-8I8
- 29 novembre 1920 : Cass.Civ.Gaz.Pal.1921-1-68
- 26 avril 1921 : Trib.Civ.Marseille, Gaz.Pal. 1921-2-162
- 23 juin 1924 : C.A.Douai, Gaz.Pal. T.Q. 1925-1930 V° Médecine n°46, Rec.Douai 1924, 318
- 6 février 1931 : Trib.Civ. Le HAVRE, Gaz. Pal. T.Q. 1930-1935 V° Médecine n°100, Gaz. Trib. 21 avril 1931, Rec.Rouen, Douai et Caen, 1931-1-62
- 20 mai 1936 : Cass.Civ.Gaz.Pal. 1936-2-41, D.1936-I-88, S. 1937-I-321 P.M. 27 avril 1957 - Suppl.n°34 (note R. FONTAINE)
Acta tome X - 1961, p.171 - note R.FONTAINE
Annales 1963 - tome IV - n°4, pp.403-404
note R.FONTAINE
- 5 décembre 1947 : Trib.Civ.Aix, J.C.P. 1949-5025 (note Vienne)
- 23 février 1949 : C.A. Aix, J.C.P. 1949, 5025 (note Vienne)
- 6 décembre 1949 : C.A.Bourges, J.C.P. 1950, 5479 (note Rodière)
- 14 février 1950 : C.A. Aix, Gaz.Pal. 1950-I-282 D. 1950-322, J.C.P.1950-54-23
- 17 novembre 1952 : C.A.Lyon, Gaz.Pal.1953-I-57 - D.1953-253, J.C.P.1953-7541

- 3 novembre 1953 : Trib.Civ.Seine
Inédit, Anesthésiologie; décembre 1955 n°10
(note R.FONTAINE)
- 14 décembre 1954 : C.A.Montpellier,
D.1955-745 - J.C.P. 1955-IV-112
- 25 octobre 1955 : C.A.Limoges J.C.P. 1956-
9221 (Note R.SAVATIER)
- 5 décembre 1955 : Cass.Civ.Gaz.Pal.
1956-1-32 - Bull.Cass. 1955-I-318
D. 1956-113 (note R.SAVATIER)
J.C.P. 1956-9106 (note R. RODIERE)
- 15 mai 1956 : Trib.Civ.Seine D.1956-554
S. 1956-108
- 16 mai 1956 : Trib.Civ.Grenoble J.C.P.
1956-9456 (note R.SAVATIER)
- 29 janvier 1957 : Trib.Civ. Seine, P.M.
27 avril 1957, suppl. n°34, (note R.FONTAINE)
- 25 mars 1957 : Trib.Confl.(2 arrêts)
Gaz.Pal. 1957-I-437
D. 1957-395, S.1957-196, J.C.P. 1957-1004
(note R.SAVATIER)
Acta - tome X - 1961, pp .169-170
(note R.FONTAINE)
- 25 mars 1957 : Trib.Confl.(1 arrêt)
Gaz.Pal. 1957-2-20
- 7 novembre 1957 : Trib.Civ.Toulouse, J.C.P.
1959-10972 (note R.SAVATIER)
- 2 décembre 1957 : C.A.Paris, J.C.P. 1958-
10616 (note R.SAVATIER)
- 14 février 1958 : C.A.Paris, Gaz.Pal.
1958-I-438
J.C.P. 1958-10533 (note R.SAVATIER)
Rev.Trim.dr.Civ. 1958-398 - n°10
Acta tome X - 1961 (note R.FONTAINE)
- 1er juillet 1958 : Cass.Civ.Gaz.Pal. 1958-
2-145 Bull.Cass. 1958-I-282, S.1958-334,
D. 1958-600
- 17 février 1959 : Cass.Civ.Gaz.Pal.
1959-I-245 - Bull.Cass.1959-I-82
- 13 mai 1959 : Cass.Civ. Bull.Cass.1959-I-
202 - P.M. 18 juillet 1959, suppl.au n°35
(note R.FONTAINE)

- 11 janvier 1960 : Trib.Corr.Toulouse,
D.1960-662, J.C.P. 1960-11591 (note R.
SAVATIER)
- 31 mai 1960 : Cass. Civ.Bull.Cass.1960-I-247
D.1960-571, S.1960-303, J.C.P. 1961-11914
(note R.SAVATIER)
- 7 juillet 1960 : C.A.Toulouse, J.C.P. 1960-
11871, (note R.SAVATIER)
- 18 octobre 1960 : Cass. Civ.Gaz.Pal.
1960-2-289
Bull.Cass. 1960-1-361
D. 1961-125, S.1961-141
J.C.P. 1961, 11846 (note R.SAVATIER)
Acta tome X - 1961 (note R.FONTAINE)
- 20 décembre 1960 : C.A.Nancy, inédit,
Acta tome X - 1961-P-176 (note R.FONTAINE)
P.M. 16 décembre 1961, suppl. au n°54
(note R.FONTAINE)
- 9 mai 1961 : Trib.Corr.Nice : inédit
Acta tome X - 1961, p.176 (note R.FONTAINE)
P.M. 30 décembre 1961 - suppl.57 (note
R.FONTAINE)
- 16 mai 1961 : Cass.Crim. Bull.Crim.
1961 - 508
J.C.P. 1961-12315 (note R.SAVATIER)
Annales 1963 - tome IV - n°4 (note R.FONTAINE)
- 12 juillet 1961 : Cass.Crim. Bull.Crim.
1961-636 -
P.M. 16 décembre 1961 - suppl.au n°54
(note R.FONTAINE)
- 17 mai 1962 : C.A.Paris, Gaz.Pal.1962-2-173
- 30 octobre 1963 : Cass.Civ.Gaz.Pal.
1964-I-8
- 8 janvier 1964 : Trib.Corr.de la Seine
Gaz.Pal. 28.2.1964
- 26 février 1964 : Trib. de Grande Instance
de Bordeaux, Gaz.Pal. 1964-2 Somm.4

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I - INTRODUCTION	23
II - AVANT-PROPOS : RAPPEL HISTORI- QUE DE LA RESPONSABILITE MEDI- CALE EN GENERAL	24
III - LA LOI ET L'ANESTHESIOLOGISTE	30
A) Les Tribunaux compétents	31
1°- Activité privée	31
2°- Activité hospitalière	31
B) La nature contractuelle de la responsabilité	33
1°- La notion de contrat	33
2°- La notion de faute : preuves du lien de causalité entre la faute et le dommage subi par le malade	35
3°- Application au médecin- anesthésiste de la responsabi- lité contractuelle	39
4°- Notion de la responsabilité d'équipe	40
5°- Discussion des décisions précitées :	46
- question de contrat	
- question de subordination	
- question de causalité	
C) La Jurisprudence et l'anesthésiste au travers de quelques exemples particuliers	51

	Pages
I)- Fautes dans le choix du mode d'anesthésie et dans la technique	52
2)- Jurisprudence récente en matière d'erreur de groupe dans la trans- fusion sanguine	57
IV - DES POURSUITES CIVILES ET PENALES CONTRE LES MEDECINS-ANESTHESISTES	65
A) L'expression de la douleur en anesthésie	65
B) La Loi et les explosions dues au cyclopropane	73
V - COUP D'OEIL A L'ETRANGER	78
VI- CONCLUSIONS	82
VII- BIBLIOGRAPHIE	88

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

